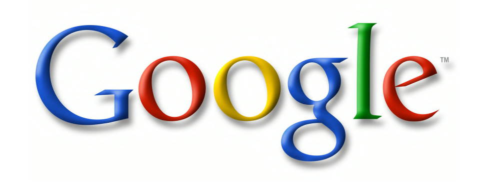


PARIS MÉDICAL

TROISIÈME ANNÉE

1877

PARIS MÉDICAL

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRATIQUES

Paraissant tous les Jeudis par cahier de 24 pages.

Docteur J.-A. FORT

Professeur libre d'anatomie

RÉDACTEUR EN CHEF

TROISIÈME ANNÉE
1877

PARIS

Aux Bureaux du Journal, 2, rue Antoine-Dubois

Vis-à-vis la Faculté de Médecine.

Troisième année. N° 1. 4 Janvier 1876

PARIS-MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Académie de médecine. Société de chirurgie. — II. MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES. 1. Traitement des plaies de l'urèthre. 2. Injections sous-cutanées d'eau froide contre la douleur, spécialement dans le rhumatisme articulaire aigu. 3. Causes de mort subite. 4. Ballon hydrostatique de M. le Dr Hamon. 5. Trachéotomie par le thermo-cautère Paquelin. 6. Moyen de calmer les douleurs dans le cancer de la langue. 7. Epanchements pleurétiques. 8. Sur les tensions intra-thoraciques dans les épanchements de la plèvre, par M. Peyrot. 9. Pansement des brûlures. 10. Traitement de la variole. 11. Arthrite de la colonne vertébrale prise pour une ostéomyélite. 12. Hôpital de la Charité; service de M. le professeur Trélat : commotion ou irritation spinale. 13. L'insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés. 14. Signe de mort réelle. 15. Diagnostic des ulcérations du col de l'utérus. — INFORMATIONS, NOUVELLES.

Paris, 4 janvier 1877.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été peu intéressante pour le médecin praticien; M. Paulet, professeur au Val-de-Grâce, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, a lu un mémoire intitulé : *Recherches sur l'anatomie comparée du périnée.*

M. le Dr Gilette a présenté deux femmes auxquelles il a pratiqué, avec succès, l'opération de l'ovariotomie, et dont les kystes ont été conservés par un procédé de dessiccation qui n'en altère ni le volume, ni la forme.

—Voici quels sont les membres du bureau de l'Académie de médecine pour l'année 1877.

Président : M. Henri Bouley, vice-président, passe de droit président pour l'année 1877.

Vice-président : M. Baillarger élu par 65 voix, sur 71 votants.

Secrétaire annuel : M. Henri Roger, maintenu membre du Conseil; élus en remplacement de MM. Delpech et Vulpian, membres sortants : MM. Barthez et Alphonse Guérin.

A la Société de chirurgie, après diverses présentations et lectures, la parole est donnée à M. Cras, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest, pour la lecture d'une observation intitulée : *Fracture du crâne remontant à 38 ans ; fistule persistante à la région frontale, intégrité des fonctions cérébrales pendant 30 ans ; affaiblissement progressif de toutes les fonctions ; phénomènes de compression, hémiplégie, amblyopie,*

perte des facultés intellectuelles; ***trépanation du frontal****, extraordinairement épaissi*, ***issue d'une grande*** *quantité de pus; guérison.*

Cette observation, très-intéressante, scrupuleusement recueillie. et exposée avec la plus grande méthode par le savant professeur de Brest, sera l'objet d'un article spécial dans ce journal.

Puis, M. Léon Le Fort communique les résultats d'une opération qu'il a pratiquée, avec succès, pour remédier à l'extrophies de la vessie, en signalant à l'attention de ses collègues un procédé opératoire nouveau qu'il imagina et employa dans cette circonstance, Nous publierons cette intéressante observation.

Enfin, M. Farabeuf lit un travail sur la luxation sous-glénoïdienne de l'humérus et M. Terrillon, une observation de névralgie du dentaire inféreur, guérie de suite après l'opération de la résection.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement des plaies de l'urèthre.

Les dernières séances de la Société de chirurgie ont été presque exclusivement consacrées au rapport de M. Guyon, sur le travail du professeur Cras (de Brest), intitulé : *Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'urèthre*, et aux discussions de ce rapport remarquable à tous égards, discussions auxquelles ont pris part MM. Rochard, inspecteur du service de santé de la marine, Verneuil, Le Fort, Duplay, Trélat, Guyon. Après avoir succinctement établi l'extrême importance du sujet, après avoir indiqué l'état de la science, qui ne peut guider le jeune praticien, qui l'abandonne à lui-même, au lieu de diriger ses pas incertains, après avoir dit que c'est dans les discussions, dans les appréciations des membres de la Société que le chirurgien inexpérimenté viendra puiser des conseils, M. Guyon examine l'observation de M. Cras.—X..., matelot, 21 ans, fait une chute à califourchon sur la fargue d'un canot; cependant il rame jusqu'au vaisseau; quand il veut uriner, il ne le peut et voit du sang sur son linge. Le chirurgien du bord cherche à le sonder, tentatives infructueuses; hémorrhagie saccadée et abondante. Le soir, à l'hôpital, après un nouvel essai de cathétérisme, dans lequel la sonde était allée se perdre à la région bulbaire, dans une cavité mal limitée, la miction étant toujours impossible, le périnée distendu et l'infiltration imminente, M. Cras diagnos-

tique une plaie uréthrale, intéressant le bulbe et son artère, et de suite le professeur fait, d'urgence, l'uréthrotomie externe sans conducteur; incisant la ligne médiane, il fait pénétrer dans la plaie le doigt indicateur à l'aide duquel, après l'avoir fait passer par le méat, il soutient et introduit dans la vessie une sonde molle de caoutchouc rouge; la miction s'opère, l'hémorrhagie est combattue et cesse..On peut reconnaître la division transversale complète du bulbe à sa partie moyenne, distendue par des caillots et réduite à l'état de coque mince, qu'incise l'opérateur en avant et en arrière, une sonde à demeure est introduite et reste cinq jours en position; les jours suivants le blessé est sondé avec un cathéter Béniqué qui augmente graduellement. Un mois après sa chute, notre matelot se sonde lui-même, la cicatrisation est complète et la guérison absolue.

Le but du professeur Cras, en présentant cette remarquable observation, est de fixer la ligne de conduite du chirurgien dans ces cas dangereux, sur lesquels existent les plus grandes divergences d'opinion et de pratique.

Dans les cas de chute à califourchon, le canal se déchire en travers à la partie moyenne du bulbe, et presque toujours la paroi supérieure reste intacte ; le rapporteur admet cette théorie, sans toutefois la considérer comme une règle, MM. Cras et Guyon reconnaissent trois classes d'accidents, légers, moyens, graves, les derniers surtout réclament le traitement par incision périnéale ; dans ces cas, la rétention d'urine est complète, la tumeur du périnée considérable, le cathétérisme impossible, et l'hémorrhagie presque constante. Quels sont les moyens thérapeutiques ? Le cathétérisme, la ponction, l'incision périnéale, l'incision périnéale avec recherche des deux bouts et emploi de la sonde à demeure. — Le cathétérisme est toujours aussi insuffisant que difficile, presque toujours dangereux. La ponction hypograstrique permet de vider la vessie, de mettre la cavité de la poche périnéale à l'abri de l'urine ; elle facilite la réparation des tissus de l'urèthre, elle n'empêche pas la formation d'abcès qu ensuite nécessitent l'incision du périnée ; elle conjure le danger immédiat sans donner la guérison.

L'incision sur la ligne médiane, surtout suivie de la recherche immédiate des deux bouts, et du passage d'une sonde à demeure, sont de beaucoup préférables, et cette recherche est assez facile quand l'opération n'est point tardive; c'est avant tout une opération d'urgence. L'opération est-elle grave ? Nous ne le croyons pas ; les succès de MM. Cras et Guyon doivent la faire envisager sans crainte, le canal se rétablit peu à peu et fonctionne régulièrement.

Au sujet de ces divers modes de traitement, la discussion

s'engage. D'abord, c'est M. Rochard (de Brest) qui vient soutenir son collègue de sa longue expérience, de sa parole, facile, abondante, toujours spirituelle, souvent éloquente ; un seul point les sépare : M. Cras ne laisse la sonde à demeure que cinq à six jours, M. Rochard voudrait la laisser quelques jours de plus. M. Verneuil reconnaît que le précepte de M. Cras n'est pas nettement indiqué dans les auteurs,. mais ajoute, ainsi que M. Duplay, que c'est là sa pratique habituelle. M. Le Fort préconise dans les cas ordinaires la ponction, dans les cas graves avec rétention d'urine et épanchement sanguin, l'incision périnéale. M. Trélat préfère l'incision à la ponction et conseille au chirurgien, s'il est certain de la rupture de l'urèthre ou si seulement il doute, de fendre le périnée.

M. Guyon considère le cathétérisme comme une ressource perfide, et indique l'incision périnéale, qui est sans dangers, soulage et permet d'attendre, sauve la vie, si elle ne donne pas la guérison immédiate.

En résumé : Quel est le traitement qui ressort de tout ce qui précède? Que devra faire le praticien, en présence d'une plaie de l'urèthre produite par une chute à califourchon ?

Nous ne pouvons que lui conseiller de suivre les trois préceptes importants que formule dans son savant travail notre excellent maître et ami M. le professeur Cras (de Brest).

1° S'abstenir de toute tentative de cathétérisme, et pratiquer d'abord, sur le périnée, une large et longue incision médiane allant jusqu'à l'urèthre ;

2° Immédiatement après, faire passer une sonde de caoutchouc dans la portion pénienne d'abord, puis dans l'extrémité divisée de l'urèthre et la laisser à demeure :

3° Retirer cette sonde après cinq ou six jours et faire, jusqu'à la guérison, un cathétérisme quotidien.

Injections sous-cutanées d'eau froide contre la douleur, spécialement dans le rhumatisme articulaire aigu.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié une étude sur ce fait curieux expérimenté déjà depuis plusieurs années (1869) et qui fut souvent mis en pratique par M. Dieulafoy.

Dernièrement encore, dans une des salles de son service et avant même d'avoir vu la malade, sur le simple énoncé des symptômes : Rhumatisme articulaire aigu généralisé, à toutes les articulations des membres, avec douleurs vives ; impossibilité de faire aucun mouvement, et nécessité de porter les ali-

ments à la bouche de la malade. M. Dieulafoy s'engagea à lui rendre presque instantanément l'usage de sa main droite. Pour ce faire, il pratiqua des injections d'eau ordinaire, chacune d'une dizaine de gouttes sur le dos de la main, au niveau de l'articulation du poignet et de la naissance des doigts. Au bout d'une minute, la malade écartait, fléchissait, étendait les doigts et soulevait un verre d'eau. M. Dieulafoy a maintes fois répété ces expériences et il a vu la guérison complète du rhumatisme après ces simples injections d'eau pure, qui ont aussi réussi dans les lumbagos, torticolis, névralgies, sciatiques, etc.

A peine je terminais les lignes ci-dessus que je fus appelé près d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu généralisé ; c'était la deuxième fois depuis trois jours que cette circonstance se présentait. Chez mon premier malade, les injections d'eau ne nous avaient fourni aucune preuve convaincante, le malade trouvait toujours quelque point douloureux ; nous ne pûmes nous faire une conviction. Mais tout à l'heure ce fut tout différent ; mon patient m'indiqua comme points spécialement douloureux l'épaule gauche et l'articulation du genou ; les assistants, sur ma demande, m'apportèrent un verre d'eau pure et claire, et après deux injections, chacune de 10 gouttes, pratiquées à l'épaule, et une injection de 15 gouttes environ au creux poplité, je lui ordonnai de remuer son bras et de faire les mouvements de circumduction, ce qui fut fait, puis d'étendre la jambe, ce qu'il ne pouvait pas antérieurement, la tenant dans la demi-flexion, et aussitôt l'articulation fémoro-tibiale de jouer avec aisance.

Tel est mon cas ! que dois-je penser ? Quoi qu'il en soit, voici, vous l'avouerez, un agent thérapeutique peu dangereux, peu coûteux et facile à se procurer.

Causes de mort subite.

Dans l'une des séances du mois dernier (Société de Biologie), M. Charcot avait indiqué les caractères cliniques des accidents épileptiformes consécutifs aux irritations laryngées, il vient cette fois, en rechercher l'interprétation physiologique.

Outre les phénomènes ordinaires d'excitation des nerfs laryngés et pneumogastriques, on a observé (M. Bert) l'arrêt des mouvements respiratoires et généraux, et des effets inexpliqués d'excitation ou d'irritation entraînant la mort. Est-elle due à l'asphyxie, à la syncope ? ou bien au contraire à une irritation centripète suivie d'un état de sidération des centres ? « L'animal à dit M. Bert, semble frappé comme par la section du nœud

vital. » Chez l'homme même n'a-t-on pas vu l'excitation laryngée amener cette sorte indéfinie de sidération? n'a-t-on pas vu des corps étrangers très-petits, qui ne pouvaient à beaucoup près oblitérer la cavité, causer une mort subite? N'a-t-on pas vu les cautérisations du pharynx avec l'ammoniaque déterminer des accès parfois suivis de mort? Ecrasez la trachée d'un canard et vous déterminez la mort; cinq minutes après, la contractilité a disparu et la rigidité cadavérique apparaît. M. Bert rapporterait volontiers cette fatale terminaison à une irritation des nerfs pneumogastriques et laryngés produisant par action centripète une sidération du nœud vital, une commotion du plancher du quatrième ventricule. Enfin, la plupart des morts subites se pourraient rattacher à cette origine. Voyez-vous maintenant la situation d'un chirurgien qui, ayant à faire une ligature artérielle, réunirait dans une commune étreinte le faisceau vasculo-nerveux et comprimerait le pneumogastrique. Espérons que cette terrible compression ne s'exercera que sur les canards du savant professeur Bert.

Ballon hydrostatique de M. le Dr Hamon.

M. le Dr Hamon a récemment présenté à la Société un *ballon hydrostatique* destiné à amener la dilatation du col utérin. Ce ballon, que tout praticien peut se procurer facilement, est l'un de ces ballons distribués par les magasins de nouveautés; il est muni d'une sonde en caoutchouc, fermé à l'aide d'un fausset.

Placé dans le vagin et gonflé avec de l'eau froide, il pénètre dans tous les interstices, entre dans la cavité du col, la dilate et réveille presque aussitôt les douleurs. Le Dr Hamon préconise l'eau froide et non l'air, pour le gonflement de son ballon, qui permet ainsi d'arrêter les hémorrhagies, car il produit tout à la fois tamponnement et réfrigération; l'inventeur cite des observations à l'appui.

Les accoucheurs ne manqueront probablement pas de l'expérimenter et de lui accorder ses droits d'entrée dans la pratique obstétricale urbaine.

Trachéotomie par le thermo-cautère Paquelin.

Il y a peu de jours, nous avons donné dans ce journal une indication du professeur Trélat sur l'emploi de cet instrument dans le traitement chirurgical de l'épulis et des tumeurs de petit volume. Voici aussi, à la date du 1er novembre 1876, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, une opération

de trachéotomie faite par M. le Dr Krishaber, au moyen du thermo-cautère. Il s'agissait d'une tumeur maligne, qui avait amené un rétrécissement considérable de la glotte, et semblait envahir les aryténoïdes. Le couteau thermique, porté au rouge sombre, incisa lentement les tissus, la division de chaque vaisseau ne donna guère que 15 grammes de sang ; l'action hémostatique fut immédiate et, dès que le sang eut cessé de paraître, l'opérateur ouvrit la trachée avec le bistouri, lentement et sans une goutte de sang ; la canule fut mise en place sans complications. La pratique d'attendre la cessation complète de l'écoulement est d'une grande utilité ; on évite ainsi ces accès de toux, ces asphyxies, ces divers accidents, en un mot, que provoque l'entrée dans la trachée d'une seule goutte de sang.

L'intéressante opération du Dr Krishaber corrobore ce que nous disait M. le professeur Trélat et ce que nous pensions de l'utilité et de l'emploi facile du thermo-cautère Paquelin.

Moyen de calmer les douleurs dans le cancer de la langue.

Les injections hypodermiques, qui rendent de si grands services chez les pauvres cancéreux, perdent malheureusement de leur efficacité par l'accoutumance, et on doit varier et employer les diverses substances calmantes, le chloral, par exemple.

Mais dans le cas de cancer de la langue, que conviendra-t-il de faire ? On se trouvera bien de suivre le moyen employé par M. le professeur Gosselin, qui consiste à faire des injections de chlorhydrate de morphine dans l'organe même, dans ses portions non encore envahies et du côté du dos de la langue. Ce procédé a souvent réussi au savant clinicien.

Epanchements pleurétiques,

Par M. Bouilly, aide d'anatomie de la Faculté.

Dans les *Archives de médecine* 1876, tome Ier, M. Bouilly publie ses *Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement*. C'est une question pratique que nous ne pouvons laisser de côté sans donner à grands traits les principales appréciations de l'auteur.

1° On doit, à la percussion, trouver une matité complète, dure, avec perte d'élasticité ; si la matité siége en avant et jusqu'au près de la clavicule on sera en présence d'un épanchement très-considérable ;

2° La suppression totale des vibrations thoraciques est un signe constant d'épanchement considérable; ce point nous semble trop affirmatif, et nous n'y attacherons jamais une valeur aussi nettement absolue. La sensation de plénitude, de tension est un indice d'un fort épanchement;

3° L'effacement de la gouttière costo-vertébrale jugé par comparaison avec le côté sain est un excellent indice d'une grande quantité de liquide; l'auteur y insiste avec une juste raison, mais il n'appuie peut-être pas suffisamment sur les données fournies par la mensuration des deux côtés de la poitrine. Enfin, à l'auscultation, il reconnaît comme l'unique signe de valeur dans l'appréciation de la quantité du liquide épanché le manque complet des bruits respiratoires, le silence absolu.

Sur les tensions intra-thoraciques dans les épanchements de la plèvre, par M. Peyrot, aide d'anatomie de la Faculté (conclusions). *Archives de médecine* 1876, tome II.

L'élasticité du poumon existe de la surface vers le hile; cette élasticité dans l'épanchement est détruite et remplacée par une élasticité contraire, d'où : 1° expiration active par refoulement; 2° dilatation du poumon à l'issue du liquide. Les conséquences de la tension sont : la déformation avec augmentation de la cavité pulmonaire, *thorax oblique ovalaire;* le cœur est refoulé, de telle sorte qu'il semble se tourner sur lui-même, caillots du cœur, œdème, etc.

Pour y remédier, il faut recourir à la thoracentèse simple ou aspiratrice; et dans les cas de pyothorax à l'empyème : l'aspiration peut en effet amener ici un pneumothorax, et la mort par œdème pulmonaire. La pleurotomie est exempte de ce danger et le chirurgien n'a qu'à se tenir en garde contre les suppurations de la plèvre à l'air libre et leurs conséquences.

Pansement des brûlures.

Le *London medical Record* publie le mode de pansement employé par le Dr Bedford.

On étend sur une étoffe moelleuse, qui recouvre ensuite les points brûlés, la préparation suivante :

Iodoforme	4	grammes.
Blanc de baleine	30	—
Extrait de cigüe	3	—
Acide phénique	10	gouttes.

Ce pansement diminue rapidement la douleur, l'inflammation et la suppuration ; il n'a que l'inconvénient de coûter fort cher.

Traitement de la variole.

Combien de modes de traitement ont été vantés dans la variole ? Combien de substances médicamenteuses ont été préconisées ? Le lecteur le sait bien, un très-grand nombre de médecins ont mis en avant des traitements pour ainsi dire spécifiques, des moyens thérapeutiques que le lendemain a vu crouler. Voici cependant un nouveau moyen qu'emploie depuis plusieurs années le Dr Robert Bell, de Glascow, qui prétend merveilleusement réussir (*Britisch medical Journal*).

Il faut couvrir toute surface de la peau envahie par l'éruption avec une solution d'acide phénique dans la glycérine. Acide phénique, 1 partie ; glycérine, 15 parties ; application matin et soir. Quand ce traitement est appliqué dès le début, les douleurs sont faibles, la peau moins sensible, la fièvre diminuée, le malade peut manger et dormir, la période de suppuration se fait à peine sentir. Cette préparation désinfectante garantirait contre la gravité des marques, modérerait la suppuration et atténuerait la destruction de la peau. C'est, en tous cas, un traitement que le praticien peut mettre à l'essai, et qui ne saurait, par son emploi, faire courir au malade le moindre danger.

Arthrite de l'articulation de l'axis avec l'atlas, prise pour une hématomyélite.

Dans sa thèse d'agrégation, M. Hayem avait cherché à prouver que des malades qui présentaient tous les signes de l'hématomyélite pouvaient être atteints d'affections très-différentes ; et aujourd'hui il vient encore apporter une nouvelle preuve, qui lui est personnelle, à l'appui de sa doctrine. Il s'agit d'une femme de 27 ans qui, portant son enfant dans un escalier, éprouva un éblouissement et fit une chute sur la tête. Elle ressentit une très-vive douleur à la partie postérieure du cou et fut pendant quelque temps paralysée d'une façon absolue ; la parole revint en peu de jours, mais la paralysie, qui était accompagnée de contractures, persista dans les quatre membres ; enfin disparut la contracture, elle restait donc simplement paralysée avec les membres flasques et inertes. Elle avait eu antérieurement déjà une semblable attaque qui l'avait rendue légèrement hémipli-

gique à droite; quelques signes de scrofule dans l'enfance. A l'auscultation, M. Hayem reconnut un rétrécissement avec insuffisance mitrale. Presque tous les médecins qui la virent pendant la vie diagnostiquèrent une hémorrhagie médullaire; M. Hayem croyait à une hématomyélite, mais l'autopsie lui fit voir qu'il y avait une arthrite de l'articulation atloïdo-axoïdienne. L'apophyse odontoïde hypertrophiée comprimait la moelle entre le 1er et le 2e nerf cervical; il y avait eu dans la chute contusion médullaire par la tumeur osseuse. La mort eu lieu vers le 12e jour par asphyxie lente. Cette malade présenta les symptômes les plus divers de dilatation pupillaire alternante, d'écorchures en des points non comprimés, alors que le sacrum n'était pas attaqué, d'asphyxies momentanées, etc. M. Hayem attribue à la scrofule l'hypertrophie odontidienne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

Commotion ou irritation spinale.

Un homme de 44 ans, couvreur de son état, est tombé samedi 16 décembre, d'une hauteur considérable, qu'il évalue à celle d'un deuxième étage. Heureusement la chute eut lieu sur la terre molle d'un jardin cultivé, les pieds touchèrent premièrement le sol, puis, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, la région sacro-coxygienne les suivit. Vite cependant le couvreur se releva, se tâta, et se rendit à pied à son domicile, ne se croyant point malade. — Mais le lendemain, dimanche, il se sentit mal à l'aise, il avait peine à marcher; le lundi il se présenta, après être encore venu à pied, à la consultation et fut admis à l'hôpital.

Son examen permit de constater qu'il n'y avait aucune fracture, aucune luxation, soit des membres, soit du rachis; on ne voyait qu'une légère ecchymose à la région sacrée; cependant dès le même jour il ne pouvait plus se tenir debout sans être vigoureusement soutenu, et s'il voulait marcher, son pied, au lieu de se relever pour aller chercher plus loin un nouvel appui, trainait à terre, puis soulevé, se fléchissait et retouchait le sol, pour traîner encore. Quand on observait la sensibilité on trouvait les symptômes suivants: La partie inférieure du bassin, le haut des cuisses, ne conservent aucune sensibilité et on pouvait le pincer sans que le malade s'en aperçût; plus tard, la sensibilité revint dans ces régions et disparut dans la partie inférieure des cuisses dans la jambe etc., aujourd'hui l'anesthésie n'existe plus qu'au niveau de la malléole, ayant ainsi graduellement visité et délaissé les membres pelviens, et si l'on pince le mollet, le blessé

aussitôt de réclamer avec énergie. Quand les membres sont ainsi pincés, les muscles se contractent aussitôt, non pas par contractions nettes bien coordonnées, mais au contraire, désordonnées, épileptiformes, *épileptoïdes* dit M. Trélat. Les deux membres inférieurs ont éprouvé ces divers états de paralysies du mouvement et de sensibilité et d'excitation épileptoïde. Le bras droit a été également paralysé, surtout du côté des extenseurs, et a aussi perdu de sa sensibilité.

Voici un cas bien curieux, à quoi pouvons nous avoir affaire? A une fracture, à un écrasement, à une luxation de corps vertébraux? Nous n'avons aucun signe extérieur, et ensuite ces lésions amèneraient forcément la compression de la moelle, or toute compression de cet organe se traduit par de la paralysie des membres inférieurs, qui devienneut complètement inertes, qui pendent, qui flottent au-dessous du tronc, comme la flamme d'un drapeau après sa hampe, et du reste comment expliquerions-nous avec ce diagnostic, la paralysie du bras droit? Notre malade en outre va régulièrement à la garde-robe, la miction se fait parfaitement, il s'est relevé aussitôt après la chute, il a marché, et ce n'est que progressivement que les troubles de la motilité et de la sensibilité ont apparu. En serait-il ainsi s'il y avait eu contusion de la moelle par des corps vertébraux?

Evidemment non; éloignons donc cette explication et disons que nous avons affaire, ici, à une commotion, à une irritation de la moelle, non pas à une inflammation, qui exige des circonstances spéciales et présente des altérations que démontre l'anatomie pathologique; c'est une commotion produite par le contre-coup, le retentissement, l'ébranlement par la chute sur les pieds, ou par la chute sur le sacrum. Il n'y a point lésion médullaire à proprement parler, c'est un état momentané d'irritation qui a pu gagner le long des enveloppes de la moelle, suivant un chemin tout tracé. Cette interprétation permet l'explication de tous les symptômes, y compris ceux du bras; ces symptômes doivent diminuer d'eux-mêmes, ils diminuent déjà, notre malade guérira et nous ne l'aurons pas longtemps dans nos salles.

Le traitement est à peu près nul, faciliter le sommeil, condamner le malade au repos et attendre avec patience la disparition des accidents. Malgré tout, ce cas est rare, et le savant professeur, malgré son expérience, déjà longue, l'observe pour la première fois.

Dr Guichet.

L'insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Il est généralement admis, d'après les nombreuses expé-

riences faites par M. Depaul sur des poumons d'enfant, qu'il est impossible de produire la rupture des vésicules pulmonaires par l'insufflation. Or, voici un fait, contradictoire en apparence, communiqué aux *Annales de gynécologie*, numéro de décembre 1876, par le professeur H. Faye, de Christiania.

« Il y a quelques années, mon chef de clinique M. Ryorülf, a fait une insufflation à l'aide du tube du professeur P. Dubois, probablement trop énergique, car à l'autopsie les poumons, d'une couleur fortemeut rouge et tuméfiés, étaient le siége d'un emphysème sous-pleural notable résultant de la rupture des vésicules pulmonaires. Les poumons ont été présentés à notre Société médicale, et les membres présents ont pu s'assurer du fait.

L'explication de la rupture nous paraît simple. L'éponge qui environne le tube à quelques centimètres de son extrémité a dû obstruer la glotte pendant l'insufflation et déterminer une distention trop grande du poumon, l'air ne pouvant s'échapper au pourtour de l'instrument.

Pendant tout le temps que j'ai dirigé le service de la maternité de notre université, j'ai toujours donné le conseil de laisser le tube un peu libre dans l'orifice de la glotte et de ne pas insuffler trop fortement. J'ai pu me convaincre que l'effet est néanmoins satisfaisant, car j'ai vu à l'autopsie les poumons très-bien insufflés de cette manière, et à tel point même qu'un médecin expert a pu croire que l'enfant avait vécu et respiré. »

Pour que ce fait eût la valeur que son auteur semble vouloir lui attribuer, il aurait fallu établir que les poumons étaient sains, car M. Depaul n'affirme l'impossibilité de rupture des vésicules pulmonaires que sur des poumons parfaitement sains.

M. Faye cesse généralement les tentatives d'insufflation quand le cœur ne bat plus depuis un quart d'heure. Cependant, M. Depaul a plusieurs fois réussi après des tentatives ayant duré plus d'une demi-heure et une fois deux heures. Comme il est fort probable que les contractions du cœur continuent à se produire sans que l'oreille puisse les entendre, il nous paraît plus sage de continuer l'insufflation pendant un certain temps, et de ne pas s'exposer à abandonner un enfant qu'on aurait pu rappeler à la vie.

Signe de mort réelle.

La *Presse médicale belge*, du 1er octobre 1876, publie sous le nom du Dr Hugo-Magnus, de Breslau, un procédé qui permettrait aux médecins et aux personnes étrangères à la science médicale de reconnaître, d'une façon sûre, la mort réelle. — Cette question qui de tout temps a préoccupé les esprits, nous semble devoir être ici traitée en quelques lignes, chacun y pouvant trouver, un indice, un lien, qui le mettra lui-même sur la voie du vrai, et qui lui servira d'aide dans la direction à donner à des recherches. C'est sur les appareils vasculaire et respiratoire qu'étudie le Dr Hugo-Magnus ; ces appareils, dont le fonctionnement est indispensable à la vie, et dont l'arrêt quelque peu prolongé détermine forcément la mort.

La vie ne peut être sans circulation, il faut donc pour prouver la vie, démontrer la circulation.

« Tracez un cordon, dit M. le Dr Hugo-Magnus, ou lie énergiquement un membre, où mieux un doigt, la partie située au-dessous de la ligature, ne tardera pas à prendre une coloration qui rouge d'abord, devient de plus en plus foncée, jusqu'au rouge bleu. De plus, toute la partie suituée au-dessous à la ligature, de l'extrémité au cordon, aura une coloration uniforme, et autour de la ligature même on observera un cercle qui ne sera pas rouge bleu, mais bleu. »

Si l'on expérimente cette donnée sur un cadavre, on observera, quelle que soit la cause de la mort, une épreuve négative. Liez un doigt vivant, et de suite la partie inférieure placée au-dessous de la ligature devient rouge bleu, dans toute son étendue ; que cette coloration ne se produise qu'en un point très-localisé ou qu'elle ne se produise point, vous pourrez conclure à la mort. Et là, sur beaucoup de corps, vous trouverez des nuances violacées des ongles et des doigts, vous observerez néanmoins la coloration blanche autour de la ligature.

Commept expliquer ces dernières colorations : l'anémie artérielle partielle donne le cercle blanc *post mortem* ; l'obstacle mécanique, opposé au sang des veines à son retour dans les capillaires, donne la coloration rouge bleu. C'est donc, on le voit, sur la coloration du membre au-dessous de la ligature que le médecin de Breslau base sa théorie des signes de la mort, et, en effet, s'il y a circulation du sang, quelle que faible qu'elle soit, la coloration du membre se produira variant d'intensité, selon la richesse et la qualité du sang.

Enfin, l'expérimentateur conseille de choisir, pour placer la ligature, un membre de faible volume, tel que les doigts ou les

orteils, afin que la compression y puisse être complète, et l'arrêt de la circulation aussi exacte que possible. Chez les amputés, chez les personnes, où l'on ne pourrait lier les doigts ou les orteils, on placerait alors le lien constricteur sur des membres plus gros, mais de prise assez fine, partout, en un mot, où la compression pourrait être exercée, en donnant des résultats.

Les hémorrhoïdes et les empiriques.

Le *Chicago journal*, octobre 1876, nous annonce que le Dr Andrews, professeur de chirurgie à Chicago, vient de découvrir le secret employé par des médecins charlatans pour guérir les hémorrhoïdes. L'opération se fait sans douleur. (Nous nous méfions toujours des procédés qui nous arrivent de si loin).

L'opération consiste à injecter dans la tumeur hémorrhoïdale de 4 à 6 gouttes du liquide suivant avec une seringue à injections hypodermiques : acide phénique, 1 partie, huile pure, 2 parties ; mêlez. Après cette injection la tumeur pâlit, s'affaisse et l'inflammation est si légère qu'elle n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations. On n'opère qu'une tumeur par jour lorsqu'il y en a plusieurs. Il paraît que, jusqu'à présent, il n'y a eu aucun cas de mort à déplorer.

Diagnostic des ulcérations du col de l'utérus.

Voici un nouveau symptôme qui permettrait d'affirmer qu'il existe une ulcération du col de l'utérus. C'est le Dr Halton qui nous le révèle dans *Dublin journal med.-sciences*, juin 1876. Lorsqu'une femme qui a eu des enfants ou qui a fait un avortement se plaint, indépendamment de troubles nerveux variés, d'une *insensibilité de la hanche* qui peut s'étendre jusqu'à la jambe, il faut songer à une ulcération du col de l'utérus et procéder à l'examen de cet organe. Généralement cette insensibilité se montre à gauche, et souvent la malade traduit elle-même ce symptôme en disant qu'elle ne sent pas le contact de la main sur la région de la fesse.

Nous soumettons ce nouveau symptôme aux praticiens sous toutes réserves ; mois nous ne voyons aucun inconvénient à s'assurer s'il existe réellement.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Une victime de la science.* — Mercredi dernier, 27 décembre, une foule pressée et émue conduisait à sa dernière demeure le jeune Pedro Llerandi, âgé de 18 ans seulement, élève de troisième année, stagiaire à l'hôpital Lariboisière, né à Cardenas,

Ile de Cuba, mort victime de son dévouement, d'un *érysipèle* de la face qu'il a contracté en prodiguant des soins dévoués aux malades de l'hôpital. La méningite, terrible complection de l'érysipèle de la face, a brusquement ravi cette nature d'élite a l'affection de ses parents et de ses amis.

Pedro Llerandi était un travailleur de premier ordre. Il avait passé brillamment deux examens de fin d'année ; il consacrait toutes ses matinées à l'hôpital, ses journées et ses soirées au travail; les plaisirs lui étaient à peu près inconnus. Qui n'eût pas été profondément touché, connaissant les qualités exceptionnelles de cœur et d'esprit du jeune Llerandi, en voyant cette pieuse cohorte de jeunes Cubains se pressant en véritables frères auprès de ce triste cercueil !

Ce spectacle navrant serrait le cœur de tous ces jeunes gens, qui auront regretté comme nous que le chef de service, dont Llerandi était le stagiaire, ait laissé échapper cette occasion de louer un élève, qu'on pouvait citer comme modèle.

Rendons hommage en même temps au sentiment national qui unit si intimement les membres de la jeune génération si indépendante et si persécutée de l'Ile de Cuba.

— *Statistique des décès dans les grandes villes pour une l'année et pour mille habitants, d'après la Gazette des Hôpitaux.*

Londres (3,489,428 h.) ; décès du 3 au 9 décembre 1876, 1,446, soit 21,6 pour 1,000 habitants et pour l'année.

Paris (1,851,792 h.) ; du 7 au 14 décembre 1876, 870 décès, soit 24,4 pour 1,000 habitants et pour l'année.

New-York (1,065,444 h.); du 5 au 11 novembre, 415 décès, soit 20,2 pour 1,000 habitants et pour l'année.

Vienne (690,205 h.) ; du 25 novembre au 2 décembre 1876, 336 décès, soit 27,6 par 1,000 habitants et pour l'année.

Buda-Pesth (300,000 h.) ; du 26 novembre au 2 décembre 1876, 203 décès), soit 35,2 par 1,000 habitants et pour l'année.

Rome (262,428 h.) ; du 13 au 19 novembre 1876, 184 décès, soit 36,5 pour 1,000 habitants et pour l'année.

Bruxelles (188,609 h.); du 26 novembre au 2 décembre 1876, 87 décès, soit 23,9 pour 1,000 habitants et pour l'année.

C'est donc la capitale de l'Italie qui donne la mortalité la plus considérable, puis les Etats de langue allemande, enfin les Etats anglo-saxons fournissent de beaucoup les chiffres les moins élevés.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 2. 11 Janvier 1876.

PARIS MÉDICAL

Paris, 11 janvier 1877.

La dernière séance à l'*Académie de médecine* a été remplie par les discours du président sortant et du président entrant. Le premier a remercié ses honorables collègues qui ont été fort satisfaits de sa péroraison et il a présenté un résumé succinct des travaux accomplis par l'Académie en 1876. Voici les principaux : discussion sur la myopie, discussion sur la leucocytose, rapports sur l'aconit et ses préparations par M. Gubler, sur le lupus de la main par M. Hardy, communications de M. J. Guérin sur l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques, sur le traitement abortif de l'anthrax et sur les mouvements de flexion et d'inclinaison de la colonne vertébrale, etc., etc.

M. Bouley, président entrant, a prononcé un discours fort écouté et plein de modestie dans lequel le savant vétérinaire a semblé oublier son grand mérite personnel et croire, bien à tort, que ses collègues ont voulu rendre hommage à la science vétérinaire. C'est M. Bouley savant, que l'Académie s'est donné pour président et non M. Bouley vétérinaire.

L'Académie a élu un membre dans la section de pathologie interne. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 79 et la majorité absolue de 40, M. Jaccoud obtient 63 voix, M. Peter 11, M. Raynaud, 4 et M. Fournier 2.

En conséquence, M. Jaccoud, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est nommé membre titulaire de

l'Académie. Sa nomination sera soumise a l'approbation du président de la République.

A quelques jours de distance M. Jaccoud vient d'être nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine et membre de l'Académie. Ce n'est pas trop pour un si grand talent, et quoique M. Jaccoud soit encore jeune, on ne peut que regretter qu'on ne lui ait pas rendu plus tôt justice ; il y a longtemps qu'il frappait vainement à la porte de la Faculté, porte qui ne lui a été ouverte, il faut bien le dire, qu'à regret. M. Jaccoud s'est donc imposé à ses collègues dont plusieurs lui ont été très-hostiles dans les élections précédentes.

La *Société de chirurgie* a installé son bureau pour 1877 : Président, M. *Panas* ; Vice-président, M. *Guyon* ; Secrétaire-général, M. *Paulet* ; Premier secrétaire, M. *Cruveilhier* ; Second secrétaire, M. *Duplay* ; Trésorier, M. *Nicaise* ; Archiviste, M. *Terrier*.

Dans la dernière séance elle a élu un membre titulaire, M. *Delens*, contre MM. *Farabeuf*, *Berger* et *Terrillon* dont l'élection ne se fera pas longtemps attendre.

M. Verneuil a communiqué dans l'avant-dernière séance l'observation d'une variété de kyste qu'on ne trouve pas décrit dans les traités de chirurgie (voir l'observation dans le corps du journal). F.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

De la trépanation dans les inflammations profondes des os.

Dans l'un des derniers numéros de *Paris médical*, 29 décembre 1876, nous avons publié une observation des plus intéressantes de M. le Dr Thomas Laffan (et non Loffar comme on l'a imprimé par erreur) chirurgien de Cashel, comté du Tipperary, Irlande. Il s'agissait d'une femme ayant des douleurs atroces dans le bras. Cette malade présentait d'autres symptômes locaux qui pouvaient faire croire à la présence d'un abcès. M. Laffan incisa les parties molles et le périoste jusqu'à l'os et il appliqua une cou-

ronne de trépan sur l'humérus au-dessus de son extrémité inférieure, près de l'épicondyle. Il ne s'écoula pas de pus, mais il y eut un soulagement immédiat.

Un an après, les mêmes douleurs s'étant reproduites avec une extrême violence, M. Laffan pratiqua la même opération sur le même os, près de l'épitrochlée, et eut le même succès.

Dans le même numéro, nous avons cité également un fait de la clinique du professeur Langenbeck, de Berlin, qui ne manque pas d'intérêt. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, portant une tuméfaction au niveau de la partie moyenne du tibia avec douleurs constantes et atroces qui l'empêchaient de dormir. Cet homme poussait des cris lorsqu'on approchait la main de sa jambe, il était extrêmement amaigri et tout à fait épuisé par les souffrances qu'il endurait. Le professeur incisa les parties molles jusqu'à l'os, et celui-ci fut attaqué, non avec le trépan, ce qui eut été peut être préférable, mais avec le gouge et le maillet. On trouva un abcès à 1 centimètre de profondeur. Aussitôt les douleurs ont cessé et la santé est revenue à grands pas.

Aujourd'hui, M. le Dr Laffan nous adresse la relation d'un cas encore plus remarquable que les précédents et recueilli dans sa pratique; nous laissons la parole à l'habile chirurgien de Cashel.

Dans les premiers jours de juillet 1875, je fus appelé auprès du fermier F..., demeurant près du village de Drom, dans le comté du Tipperary. En entrant dans la chambre du malade, je me trouvai en présence d'un homme extrêmement affaissé et portant sur son visage toutes les marques d'une vieillesse précoce. En réalité il avait 40 ans. Il se plaignait de très-vives douleurs dans le genou gauche, venait de passer trois semaines dans une véritable agonie, sans dormir et sans presque prendre aucune nourriture. Cet homme bien portant, robuste et vigoureux, était devenu en ce court laps de temps une sorte de spectre. Le moindre attouchement lui causait des douleurs très-aiguës dans l'extrémité inférieure du fémur; il n'y avait aucune tumeur dans la jointure ni aucun autre signe évident qui pût révéler l'existence d'un dépôt de matière purulente. Rien ne pouvait fournir une explication satisfaisante de l'état inquiétant du malade; il n'avait jamais souffert de rhumatismes.

Avant mon arrivée, les moyens ordinaires avaient été essayés,

mais sans succès. Bien que soupçonnant déjà la présence d'un abcès dans l'os, je fis continuer les cataplasmes, je prescrivis un opiat et j'avertis les amis du malade qu'une opération me paraissait devoir être nécessaire. En effet, l'opiat n'ayant produit aucun résultat et l'état du malade ne permettant plus de délai, je résolus de recourir au traitement chirurgical.

Je fis l'opération le 4 juillet. Cependant, une difficulté se présentait. Les condyles étaient affectés dans leur étendue, et il s'agissait de déterminer comment les incisions pourraient se faire sans ouvrir la synoviale de l'articulation du genou. Les incisions furent soigneusement tracées à l'encre sur le genou du malade. Mon aide, M. O'Devyer éthérisa le patient et appliqua le bandage d'Esmarch. L'instrument pénétra dans le condyle externe en ligne parallèle à la rotule, mais au-dessus du point de réflexion de la membrane synoviale sur les côtés du fémur; je taillai librement dans les parties molles, et l'instrument pénétra parfaitement dans l'os. Je fis ensuite une seconde incision, mais extérieure à la première. Aussitôt que les parties molles furent traversées et que l'os fut percé, le pus sortit par la plaie. Il en coula environ un verre. Les vaisseaux divisés furent ensuite liés, les incisions pansées, et le malade remis au lit.

Toute douleur avait aussitôt disparu, et le malade dormit paisiblement la nuit suivante. Dès ce moment, la convalescence commença et se continua sans interruption jusqu'au parfait rétablissement. Aujourd'hui, le fermier F., ne sent aucune faiblesse dans la jointure et a recouvré sa vigueur première. Il jouit du parfait usage de son membre, fait souvent des courses de plusieurs lieues et vaque constamment aux laborieuses occupations de son état, sans éprouver ni souffrance ni fatigue spéciale. Nous ne craignons pas d'affirmer que sans ce traitement énergique, le cas se serait terminé en peu de jours d'une manière fatale. (Cashel, 4 janvier 1877).

Notre confrère publie ses observations avec le titre : *Sur les libres incisions dans les maladies des os.* Dans notre langue, il est difficile de saisir le sens des mots *libres incisions*. Nous savons bien que l'incision des parties molles recouvrant un os suffit quelquefois à faire disparaître des douleurs violentes qui peuvent faire croire à la présence des abcès intra-osseux, mais dans les cas dont nous parlons on a fait plus, on a trépané l'os : notre article nous paraît donc plus intelligible en lui donnant un autre titre, ce qui n'enlève rien de l'intérêt de la très-remarquable observation publiée par M. Th. Laffan.

Dans les réflexions dont nous avons fait suivre la première observation du savant chirurgien de Cashel, nous conseillions, en cas semblable, de n'enfoncer la couronne du trépan qu'à une profondeur de 2 à 3 millimètres, mais nous voulions parler des extrémités des os longs où la substance compacte est assez mince. Dans les diaphyses, au contraire, comme sur le corps du tibia, on peut hardiment pénétrer plus profondément et même jusqu'à 1 centimètre, la substance compacte del'os ayant une grande épaisseur à ce niveau. Nous faisions remarquer en même temps le danger qu'il y aurait à blesser la synoviale en appliquant le trépan trop près de l'interligne articulaire.

Lorsque les élèves étudient les articulations, ils le font un peu machinalement, uniquement dans le but des examens et ils ne comprennent pas, parce qu'on n'attire pas suffisamment leur attention sur ce point, tout l'intérêt qu'il y a pour le chirurgien, à connaître l'étendue de la synoviale à la surface de l'os, en dehors du cartilage articulaire. Il n'existe peut-être pas une seule articulation dans laquelle les ligaments s'attachent exactement au bord du cartilage articulaire. Presque partout les ligaments s'insèrent à plusieurs millimètres et même plus du cartilage, de sorte que la synoviale, (membrane qui recouvre tout l'intérieur de l'articulation excepté les cartilages) se réfléchit des ligaments sur le périoste qu'elle recouvre jusqu'au cartilage articulaire. C'est cette portion réfléchie des synoviales sur le périoste qui permet l'extension si facile des inflammations osseuses à la synoviale et réciproquement de la synoviale à l'os, comme on l'observe journellement dans les tumeurs blanches.

Au genou en particulier, la synoviale revêt une étendue, en hauteur, de 2 centimètres aux condyles externe et interne, de sorte que M. Laffan a dû faire pénétrer ses instruments à 3 ou 4 centimètres de l'interligne articulaire pour ne point blesser la synoviale. La jambe étant dans l'extension, les incisions faites, *sur le côté du genou*, sur le prolongement d'une ligne transversale passant par la base de la rotule n'attaqueront jamais la synoviale. Nous avons toujours déploré que ce point d'anatomie n'ait pas été encore précisé et il y a quelques années nous avons commencé ce travail que nous

nous proposons de reprendre. C'est là un sujet de thèse intéressant et d'une exécution facile.

En résumé, voici l'intérêt pratique qui se rattache aux observations d'inflammations osseuses profondes que nous avons citées. Lorsqu'un chirurgien se trouvera en présence de douleurs locales, profondes et excessives, que ces douleurs empêcheront le malade de dormir, qu'elles le priveront d'appétit, qu'il existera des symptômes fébriles peu ou point intenses sans tuméfaction et sans les symptômes d'une phlegmasie locale évidente, il sera autorisé à inciser les parties molles jusqu'au périoste inclusivement, l'incision suffisant quelquefois à faire disparaître les douleurs. Si celles-ci persistent, le chirurgien pourra appliquer une couronne de trépan. Il est bien entendu que les incisions seront faites parallèlement aux gros vaisseaux et autant que possible dans des régions qui en sont dépourvues.

Dr Fort.

Kystes huileux prélacrymaux.

M. Verneuil signale, à la société de chirurgie, une variété de kystes non décrite jusqu'à ce jour et qu'il a eu déjà trois fois l'occasion d'observer. Ce sont des kystes occupant la région du sac lacrymal, mais n'ayant avec lui aucune connexion directe. M. Verneuil leur donne le nom de *kystes prélacrymaux*. Ils présentent de l'intérêt à cause de leur situation, de leur origine congénitale et de leur anatomie pathologique. Leur contenu présente la plus grande analogie avec l'huile d'olive.

Les trois malades observés par M. Verneuil se souvenaient d'avoir toujours porté cette tumeur dans le grand angle de l'œil. Elle ne causait aucune gêne, aucune douleur, et c'était un sentiment de coquetterie qui poussait les malades arrivés à un certain âge à s'en débarrasser.

1° Chez le premier opéré, la tumeur avait le volume d'un noyau de cerise; la ponction fut faite avec la seringue de Pravaz, et suivie d'une injection iodée. Le malade sortit de l'hôpital au bout de deux jours et ne revint plus, ce qui fit penser qu'il était guéri. L'analyse chimique du liquide recueilli fut faite par M. Ducomme, pharmacien en chef de l'hôpital de Lariboisière, qui le trouva très-analogue à de l'huile.

2° La seconde opération fut faite sur une jeune femme de dix-neuf ans, mariée depuis peu, et qui portait un peu plus haut que

le sac lacrymal une tumeur très-dure, du volume d'une cerise. M. Verneuil crut être en présence d'un kyste congénital de l'orbite analogue à ceux de la queue du sourcil, qui ont une origine cutanée, et résolut de l'ouvrir, d'en réséquer la paroi et de cautériser le fond de la cavité. Mais à peine l'incision fut-elle commencée, qu'il sortit un jet filiforme d'un liquide huileux, qui fut recueilli. La paroi était épaisse, fibreuse et doublée d'une sorte de muqueuse avec un épithélium pavimenteux stratifié. La guérison fut plus longue; il resta pendant six semaines un petit trajet fistuleux que le médecin fit disparaître en cautérisant le fond du trajet avec le nitrate d'argent. L'examen histologique et chimique fut fait par M. Longuet qui découvrit quelques cristaux de cholestérine et d'acide margarique.

3° Le troisième fait a été observé chez un jeune homme de vingt et un ans. La tumeur avait le volume d'une amande sèche, et cependant elle ne causait aucune gêne. La ponction fut faite avec l'aspirateur Dieulafoy et donna 2 grammes et demi de liquide huileux. La poche s'affaissa immédiatement, aucune injection ne fut faite, et le malade, sorti le lendemain, sans que le liquide se fût reproduit, ne revint pas. L'analyse faite par M. Personne démontra que le liquide était de l'oléine presque pure avec quelques cristaux de margarine.

Les kystes huileux n'ont pas pour siége exclusif le grand angle de l'œil. M. Verneuil rappelle à M. Boinet qu'ils ont opéré ensemble un kyste du corps thyroïde gros comme une petite pomme d'api et qui contenait un liquide analogue à de l'huile verte comme de l'émeraude, mais dont l'analyse ne fut pas faite. La guérison fut obtenue après une simple injection iodée. M. Verneuil pense que la ponction simple suffit pour faire disparaître cette petite difformité.

La présence d'un épithélium pavimenteux dans les kystes pourra laisser supposer qu'ils se developpent, comme ceux de la queue du sourcil, par une invagination embryonnaire, ainsi que l'a fait remarquer M. Magitot à M. Verneuil, mais, comme celui-ci le fait observer, on devrait trouver dans le contenu des petits poils, de l'épithélium analogue à celui des glandes sébacées, mais jamais une substance analogue à de l'huile. On reste fort embarrassé pour expliquer l'origine, le mode de formation de cette nouvelle espèce de kyste.

Ils sont, heureusement, faciles à guérir, puisque l'évacuation simple par l'aspiration, avec ou sans injection iodée, suffit pour amener la guérison.

De la thermométrie utérine, comme moyen de diagnostic de la grossesse et de la vie du fœtus.

Un article publié dans les *Arch. de Tocologie* par M. le Dr Marduel, de Lyon, nous suggère les réflexions suivantes:

Depuis une vingtaine d'années on faisait des recherches pour connaître ce qui se présentait de remarquable dans la grossesse et dans l'accouchement au point de vue de la température et on était arrivé à conclure, d'abord, que l'enfant contenu dans l'utérus a une température plus élevée que celle de la mère, puis bientôt à cette autre notion, que l'utérus gravide qui participe à la chaleur fœtale doit avoir une température plus élevée que celle du vagin. Ainsi l'on savait que le fœtus a une température supérieure à celles de l'aisselle et du vagin. Ce sont ces données qu'il fallait appliquer soit au diagnostic de vie ou de mort du fœtus, soit même à celui de la grossesse. Des recherches faites sur ce sujet par Cohnstein et Fehling, par Schrœder, Schlesinger, etc,, ont éclairé un peu cette intéressante question. On trouverait une température de l'utérus supérieure de 0°,02 seulement à celle de l'aisselle dans les cas de mort du produit, tandis qu'au contraire on aurait 0°,383 pendant le travail, et 0°,29 pendant la grossesse; si la température utérine est inférieure ou même égale à celle du vagin, on peut de suite diagnostiquer la mort du fœtus; quand au contraire la chaleur y est plus considérable, sa constatation par le thermomètre est une preuve de l'existence de la grossesse « preuve, dit Cohnstein, d'une grande valeur dans les trois premiers mois, époque où manquent les autres signes. »

Mais ici se présente un point délicat; pour prendre ces observations il faut introduire le thermomètre dans la cavité utérine, le glisser entre la paroi de l'organe et les membranes, et quoique les praticiens cités, et entre autres Cohnstein, considèrent cette pratique comme inoffensive, nous ne voudrions point la conseiller dans la crainte de provoquer l'avortement.

Quoiqu'il en soit, d'après les travaux des auteurs cités, il semble établi, que l'existence d'une température utérine supérieure à celle du vagin est un signe de grossesse avec produit vivant, que l'existence d'une température utérine égale à celle du vagin, donne des probabilités de mort, enfin qu'une température utérine inférieure, est un signe certain de mort du fœtus. Nous espérons que les médecins qui préconisent l'introduction d'un thermomètre dans l'utérus gravide arriveront à établir qu'on peut se rendre compte de l'état de température de l'utérus par le toucher vaginal. Sans cette condition nous proscrirons toute manœuvre utérine.

Dr G.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. S. DUPLAY.

Nous nous empressons de publier cette intéressante leçon sur la péri-arthrite, décrite pour la première fois par M. S. Duplay. Nous engageons vivement le médecin praticien à lire avec soin la symptomatologie, le diagnostic et le traitement. Il est très-fréquent, malheureusement, de voir confondre, aux dépens des pauvres malades, la péri-arthrite avec l'arthrite simple, dont le traitement diffère d'une manière absolue.

De la péri-arthrite.

(Leçon recueillie par H. de Launay, externe des Hôpitaux).

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon s'est luxé l'épaule gauche, il y a trois mois. La luxation fut réduite au bout de deux jours au moyen de la bande de caoutchouc, par M. Nicaise, qui me remplaçait. Cette réduction se fit sans violence et sans que le malade éprouvât beaucoup de douleur. Cinq jours après, il partait en convalescence pour Vincennes. Là, il fut pris de douleurs très-vives et se vit dans l'impossibilité de faire usage de son membre. On le traita par l'électricité, les douches, le massage ; mais rien n'y fit et il sortit un mois après sans le plus léger amendement. C'est alors qu'il est revenu dans nos salles.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs très-vives et d'impotence musculaire ; nous avons donc à examiner les troubles de la motilité et les troubles nerveux.

Considérons ce qui se passe normalement lorsqu'on fait exécuter des mouvements au membre droit, qui est sain. Si je fixe solidement avec mes doigts l'angle inférieur de l'omoplate droite et qu'en même temps j'élève le bras jusqu'à l'horizontale, l'omoplate ne bouge pas ; que je dépasse ce niveau en portant le bras en haut, vous voyez l'angle de l'omoplate être entraîné et suivre le mouvement. Tout cela est normal et physiologique.

Du côté malade, les choses se passent autrement. Dans le mouvement d'abduction communiqué au membre, l'*omoplate est entraînée bien avant que le bras soit dans la ligne horizontale*, c'est-à-dire lorsqu'il forme avec le tronc un angle d'environ 45 degrés. Alors l'articulation scapulo-humérale devient tout à fait *immobile*, de sorte que tous les autres mouvements se passent

dans l'articulation acromio-claviculaire. Notons que tous ces mouvements s'accompagnent de *craquements* très-distincts.

Quant aux troubles de la sensibilité, Messieurs, ils sont très-accusés chez le malade, qui les délimite très-bien au *trajet du nerf cubital*; il indique parfaitement une *douleur* à la face interne de l'avant-bras, dans la région du coude et dans les deux derniers doigts, où les troubles siégent exactement dans la distribution des nerfs collatéraux fournis par le cubital. Ces troubles consistent dans des engourdissements et parfois dans des douleurs névralgiques. A cela, il faut ajouter de l'hyperesthésie dans toute la partie interne de l'avant-bras et sur les doigts auxquels se rend le cubital.

Le *diagnostic* de cette affection, alors qu'elle était encore méconnue, était ainsi posé par la plupart des chirurgiens : Ankylose de l'articulation scapulo-humérale.

Mais, Messieurs, dans cette maladie, il n'y a rien d'articulaire, j'ai pu en faire la vérification anatomique. La cavité articulaire est parfaitement saine et les troubles ne siégent que sur des parties qui entourent l'articulation ; c'est pourquoi la dénomination de *péri-arthrite*, que j'ai donnée à cette affection, doit être conservée. La preuve en est dans la constitution anatomique de la lésion. En effet, entre la face inférieure de la voûte acromio-coracoïdienne et la tête de l'humérus, il existe une bourse séreuse ; sous la face profonde du deltoïde qui s'insère à la partie moyenne de la face externe de l'humérus, se trouve une autre bourse séreuse en contact avec l'os ; cette bourse séreuse, complète chez certains individus, est représentée chez d'autres par une couche abondante de tissu cellulaire très-lâche et très-lamelleux. Ces séreuses, plus ou moins développées, sont susceptibles d'un très-grand développement. Elles peuvent être le siége de lésions directes ou indirectes. Ces lésions, ordinairement d'origine traumatique, peuvent reconnaître pour cause une chute, un coup, une fracture dont les fragments irritent la bourse séreuse. Alors elles s'enflamment, il se fait des épaississements du tissu cellulaire, des fausses membranes qui unissent, d'une part, la tête humérale à la voûte acromio-coracoïdienne, et d'autre part la face externe de l'humérus à la partie profonde du deltoïde. Par suite de ces brides fibreuses, l'humérus se comporte vis-à-vis de l'omoplate comme si ces brides existaient réellement dans l'articulation de l'épaule.

Je vous disais, Messieurs, qu'il m'avait été permis d'en faire la vérification anatomique sur un malade de l'hôpital Beaujon dans un cas exactement semblable à celui qui est aujourd'hui dans nos salles.

Chez ce malade, qui mourut d'héméplégie, je trouvai le nerf

cubital pincé au milieu des brides fibreuses et j'eus ainsi l'interprétation des engourdissements et des douleurs névralgiques qu'il avait présentés pendant la vie.

Le diagnostic s'appuie ordinairement sur l'absence de signes du côté de la jointure même. Il n'y a ni atrophie de l'épaule ni déformation. Il n'y a pas, comme dans l'arthrite, les points douloureux que l'on trouve ordinairement entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, même dans les arthrites les plus légères. De plus; dans la péri-arthrite il existe un signe presque pathognomonique, c'est *la possibilité qu'a l'humérus de pouvoir s'élever jusqu'à une certaine hauteur, ordinairement de 45 degrés, sans entraîner l'omoplate et sans que le malade ressente de la douleur*. Dans l'arthrite, au contraire, tout mouvement est impossible et très-douloureux.

Au point de vue du *pronostic*, l'important est de ne pas faire d'erreur et de ne pas prendre la maladie en question pour une arthrite. Si l'on traitait cette lésion par l'immobilité absolue, comme on le faisait autrefois, on provoquerait l'atrophie du membre et l'ankylose de l'articulation.

Le *traitement* est donc subordonné au pronostic. Il faut à tout prix éviter les brides fibreuses aussitôt après avoir combattu les accidents inflammatoires. Voilà l'*indication*. On les évitera souvent en faisant exécuter des mouvements à l'articulation malade.

Si le traitement préventif échoue, on devra endormir le malade *jusqu'à résolution complète* et rompre avec force les brides fibreuses, après avoir fixé l'omoplate. La rupture des brides fibreuses s'accompagne quelquefois de bruits qui effrayent et qui pourraient faire croire à un chirurgien inexpérimenté qu'il s'est produit une fracture de la tête humérale. Il ne faut pas se laisser effrayer par ces phénomènes qui résultent uniquement de la rupture de fausses membranes très-solides.

Le résultat, Messieurs, est immédiat; après l'opération, le malade a recouvré les mouvements de son articulation. Il convient de le laisser reposer pendant vingt-quatre heures, après lesquelles il faut continuer les mouvements et ajouter au traitement les douches, le massage et l'électricité.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies du rectum et de l'anus, par M. Daniel MOLLIÈRE, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1 vol. in-8°, avec 20 fig. dans le texte, chez M. G. Masson, 10, rue Hautefeuille. Prix : 12 fr.

M. Mollière qui avait toujours été surpris, nous dit-il lui-

même, que jusqu'ici personne dans notre pays n'ait cherché à coordonner dans un ouvrage d'ensemble, les nombreux travaux qui ont été publiés pendant ces dernières années sur l'appareil déféeateur, nous donne aujourd'hui un vaste compendium dans lequel il a réuni, sous forme de traité didactique, tous les documents qui ont trait à ce sujet. Après avoir, dans des notions préliminaires, indiqué qu'il n'y a que trois symptômes communs à toutes les maladies du rectum : la *douleur*, la *diarrhée* et la *constipation* qui varient dans une même maladie, après avoir démontré que les affections les plus fréquentes sont les fistules à l'anus et les hémorrhoïdes, et avoir fait connaître les modes d'examen par le déplissement, le toucher rectal et le spéculum aux formes diverses, l'auteur décrit les diverses maladies du rectum et de l'anus.

Il traite successivement des phlegmons et abcès de la région de l'anus, de la fistule anale dans ses formes variées, de la fissure à l'anus et des nombreux procédés employés pour son traitement, de la chute du rectum, de la rectocèle vaginale, des rétrécissements, des polypes du rectum, puis des hémorrhoïdes qu'il divise en hémorrhoïdes idiopathiques et hémorrhoïdes symptomatiques, des tumeurs bénignes, des tumeurs malignes de l'anus et du rectum, en insistant sur le traitement palliatif du cancer mou, sur le traitement palliatif du cancer dur et sur le traitement curatif.

Puis vient l'étude de la localisation des maladies générales sur l'anus et le rectum, celles des chancrelles de l'anus, des traumatismes, plaies, corps étrangers, et il termine par la description et la classification en neuf espèces des vices de conformation de l'anus et du rectum.

Chacun de ces chapitres est suivi d'une très-complète étude des traitements employés et préconisés, les indications et contre indications des opérations, le manuel opératoire, le pansement à employer, tout est indiqué et d'après les maîtres et d'après l'expérience personnelle de l'auteur qu'ont bien voulu guider M. Desgranges, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. Diday, chirurgien en chef de l'Antiquaille. L'ouvrage dont nous parlons est, en somme, un travail complet qui s'adresse à tous les chirurgiens, praticiens et élèves. Dr GUICHET.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Concours de l'internat.* — Voici les noms des internes titulaires et des internes provisoires qui viennent d'être nommés à la suite du dernier concours :

Internes titulaires : 1 Vimont, 2 Poulin, 3 Labat, 4 Merklen,

5 Routier, 6 Arnozan, 7 Lapierre, 8 Mossé, 9 Leduc, 10 Brun, 11 Boursier, 12 Havage, 13 Gille, 14 Galissard (de Marignac), 15 Boudet de Paris, 16 Stakler, 17 Leroux, 18 Talamon, 19 Weil, 20 Clément, 21 Robert (Alphonse), 22 Abadie Tourné, 23 Savard; 24 Bruchet, 25 Süss, 26 Oudin, 27 Barthélemy, 28 Legendre, 29 Letouzé, 30 Dubar, 31 Hermil, 32 Bar, 33 Rivet, 34 Josias. 35 Labbé, 36 Boraud; pour l'asile de Berck : 37 Doléris, 38 Brault.

Internes provisoires : 1 Darcy, 2. Galland, 3 Ozenne, 4 Faisan, 5 Desnos, 6 Piogey, 7 Bongrand, 8 Mary, 9 Ovion, 10 Gaucher, 11 Laurand, 12 Walsdorff, 13 Bernard, 14 Michaud, 15 Poirier, 16 Comby, 17 Baraduc, 18 Herbelin, 19 Regnier, 20 Boulay, 21 Gaillard, 22 Gautier, 23 Vallud, 24 Ferrand (Jacques), 25 Pioger, 26 Boullet, 27 Ferré, 28 Bouchard, 29 Carafy, 30 Butruille, 31 Luizy, 32 Brazier, 33 Catuffe, 34 Decaze, 35 Doublet, 36 Bénard, 37 Labarrière, 38 Laurent (Auguste), 39 Haranger, 40 Raymondo.

— *Concours des prix de l'internat.* — Lauréats du concours de 1876. — *Première division.* — Médaille d'or : M. Hutinel. — Accessit : Médaille d'argent : M. Cuffer. — Première mention honorable : M. Affre ; deuxième mention honorable : M. Heydenreich.

Deuxième division. — Médaille d'argent : M. Dreyfous. — Accessit (des livres) : M. Letulle. — Première mention honorable : M. Marot; deuxième mention honorable : M. Clozel de Boyer.

— *Ecole de médecine d'Alger.* — On nous prie d'annoncer que M. Descamps, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Alger, ayant été nommé professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, la chaire d'histoire naturelle et de matière médicale qu'il occupait est devenue vacante.

MM. les candidats doivent adresser leur demande au directeur de l'Ecole d'Alger avec leurs titres. Les pièces à fournir sont : 1° un acte de naissance dûment légalisé; 2° le diplôme de docteur-médecin ou de pharmacien de 1re classe. Ces pièces doivent être remises à l'Ecole de médecine d'Alger avant le 15 janvier courant.

— *La place de bibliothécaire à la Faculté.* — On assure que M. Raige-Delorme, bibliothécaire à la Faculté de médecine, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et que la Faculté a désigné pour le remplacer M. le Dr Achille Chereau. La Faculté ne pouvait faire un meilleur choix.

— *Maladies des yeux.* — M. le Dr Desmarres reprendra ses leçons sur les maladies des yeux, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 2), le lundi 15 janvier, à huit heures du soir, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Technique microscopique.* — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire des cliniques, recommencera son cours de technique microscopique, le 10 janvier, à quatre heures, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi.

On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi à une heure.

— *Les débuts de M. Ricord.* — Le Dr Simplice nous raconte spirituellement les débuts du savant syphiliographe : « Il fallait vivre, et la nomination au Bureau central ne donnait ni un écu ni un client. Que fit Ricord? Dans l'arrière-boutique d'un cabinet littéraire se trouvait une pièce obscure et garnie de quelques banquettes, Ricord la loue et annonce un *cours de bandages.* Les élèves y viennent en assez grand nombre, et, moyennant *six francs* pour la durée du cours, ils apprennent tout ce que des mains habiles peuvent transmettre par l'exemple dans le maniement des bandes, des attelles et des compresses. Ricord rappelle avec plaisir, avec un certain orgueil, ce modeste et d'ailleurs honorable début d'une carrière qui devait devenir si célèbre. Quelques mois après, en effet, il entrait à l'hôpital du Midi, tenant en main et la serrant bien, la mèche de cheveux dont est orné, dit-on, le front de l'Occasion. »

Ce n'est pas seulement pour rendre hommage à un maître éminent que nous rapportons ces lignes, c'est aussi pour montrer aux jeunes gens qu'il ne faut pas se décourager au début et que l'énergie et la persévérance sont deux compagnes qui n'abandonnent jamais ceux qui leur sont fidèles.

— *Liberté de conscience.* — Nous extrayons les quelques lignes suivantes du feuilleton de l'*Union médicale*, par le Dr Simplice. Nous donnons toute notre approbation aux paroles de notre confrère.

« Il est un candidat en faveur duquel je me sentirais porté à agir et à réagir si j'avais la moindre influence; ce candidat est M. Maurice Raynaud, envers lequel la majorité qui règne et gouverne en ce moment à la Faculté, paraît systématiquement hostile. Les motifs de cet ostracisme ne sont en aucune façon scientifiques. Ses travaux de clinique, de thérapeutique et de littérature médicale placent M. Maurice Raynaud à l'un des premiers rangs de cette génération médicale qui se dispute aujourd'hui les honneurs et les places. Pourquoi donc M. Raynaud rencontre-t-il une hostilité si accentuée? J'ai regret de le dire, puisque c'est à la charge de ceux qui proclament aussi haut que possible la liberté de pensée et de conscience, et qui font un crime à M. Raynaud de sa liberté de conscience et de pensée, c'est-à-dire de ses convictions religieuses et philosophiques. Je

signale cet ostracisme aux esprits vraiment libéraux et indépendants de l'Académie, qui ne tiennent compte dans leur vote que des titres scientifiques. » Ne rétablira-t-on jamais le concours pour les chaires de la Faculté de médecine?

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 4 décembre 1876, on a constaté 956 décès, dont 705 à domicile et 251 dans les hôpitaux, sur une population de 1,851,792 habitants : fièvre typhoïde, 60; bronchite aiguë, 24; pneumonie, 55; angine couenneuse et croup, 47; décès par cause inconnue, 484, c'est-à-dire plus de la moitié.

Dans la semaine finissant le 4 janvier 1877, on a constaté 951 décès, dont 683 à domicile et 268 dans les hôpitaux : fièvre typhoïde, 32; bronchite aiguë, 32; pneumonie, 62; angine couenneuse et croup, 63; décès par cause inconnue, 499, c'est-à-dire plus de la moitié.

— *Etat sanitaire.* — L'épidémie de fièvre typhoïde est évidemment sur son déclin à Paris; mais, en revanche, celle de diphthérie est un peu plus grave. Espérons qu'elle ne durera pas.

On dit que le typhus règne à Varsovie : les victimes de cette épidémie sont nombreuses; les hôpitaux sont remplis de malades. On croit généralement que la maladie a été propagée par les volontaires russes revenant de Serbie.

A Londres, il existe une épidémie de variole.

Aux environs de Bagdad, il s'est déclaré, dit le journal *The Lancet*, une maladie contagieuse, probablement la peste.

— *Errata.* — Par suite d'une erreur, plusieurs articles du dernier numéro ont été imprimés sans avoir été lus, ce qui explique plusieurs fautes typographiques que le lecteur aura corrigées, sans doute, à première vue. Nous ferons en sorte que semblable chose ne se renouvelle pas.

Boîte aux lettres.

M. le directeur du bureau de poste à Sappemeer (Hollande) Envoyez 10 fr. à l'administration du journal, rue Antoine-Dubois, pour recevoir les numéros suivants.

M. le Dr Freyfs, à Vienne. Accepté.

M. le Dr D..., à Monchy (Oise). Pris bonne note de votre lettre.

M. le Dr B..., à Lussac. Donnez nous des détails pour la manière de le faire savoir.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 3. 18 Janvier 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 18 *janvier* 1877.

L'*Académie de médecine* a reçu, dans la dernière séance, une communication de M. Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie, sur la *coqueluche*. Pour notre savent confrère, la coqueluche est une fièvre exanthématique, dont l'éruption se fait sur la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches.

Cette éruption produit la tuméfaction des ganglions bronchiques, comme une lymphangite du membre supérieur amène l'adénite axillaire.

Les ganglions bronchiques tuméfiés compriment les nerfs pneumogastriques appliqués à la face postérieure des bronches, et irritent ces nerfs ainsi que le récurrent gauche en rapport avec la bronche gauche. C'est l'irritation de ces nerfs qui produit la toux convulsive de la coqueluche.

M. Gueneau de Mussy explique la persistance de la toux après la cessation de la pyrexie par la persistance de l'engorgement ganglionnaire. Par cette compression des nerfs au moyen des ganglions tuméfiés, il explique aussi le vomissement qui accompagne les accès de toux. Enfin, cette théorie de la coqueluche s'appuie aussi sur ce fait que des engorgements des ganglions bronchiques, d'origine diverse, produisent quelquefois une toux convulsive identique à celle de la coqueluche.

A l'appui de sa théorie, M. Gueneau de Mussy a mis sous les yeux des membres de l'Académie quelques pièces

anatomiques recueillies par M. Parinaud, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, sur des enfants ayant succombé à la coqueluche.

On comprend que le médecin de l'Hôtel-Dieu ait rencontré des contradicteurs. Seule, l'autopsie scrupuleuse de la cavité thoracique nous apprendra si l'*adénite trachéo-bronchique* est la lésion constante de la coqueluche ou une lésion accidentelle indépendante.

M. Bouillaud a commencé un discours sur la *contagion de la fièvre typhoïde.* Une discussion s'engagera probablement sur ce sujet; nous y reviendrons.

M. Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux, a lu un mémoire interressant *Sur les indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne.* Nous parlerons de ce mémoire prochainement dans un article complet sur les localisations cérébrales.

— La *Société de chirurgie*, séance du 10 janvier 1877, a entendu une communication de M. le Dr Cazin (voyez plus loin) sur un *anévrysme faux primitif du pli du coude.* Puis elle a procédé à l'élection de trois membre associés étrangers et de six membres correspondant étrangers. Les chirurgiens que la Société de chirurgie s'est associés sont tous connus par des travaux d'une grande valeur, et l'on ne peut que féliciter la Société du choix qu'elle a su faire.

MM. Ciniselli (de Crémone), Longmore (de Netley), Michaux (de Louvain), sont nommés membres associés.

Les membres correspondants nommés sont : MM. Albert (d'Inspruch), Amabile (de Naples), Bryant (de Londres), Lister (d'Edimbourg), Saxtorph (de Copenhague), Symvoulidès (de St-Pétersbourg).

Dr Fort.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Guérison radicale d'une névralgie du nerf dentaire inférieur par la section nerveuse.

Nous extrayons l'observation suivante d'un travail publié en décembre 1876, par M. le Dr Terrillon, chirurgien des hôpitaux, dans le *Bulletin de thérapeutique.* Nous ferons

remarquer que M. Terrillon est un chirurgien habile et en même temps heureux, car il a obtenu presque en même temps deux succès remarquables, celui-ci et celui qui a suivi la trépanation pratiquée par ce chirurgien sur le malade de M. le Dr Proust à l'hôpital Saint-Antoine.

Une femme de 38 ans entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 25 juillet 1876. Depuis le mois de janvier 1875, cette femme est sujette à des crises de névralgie siégeant sur le trajet du nerf dentaire inférieur du côté droit.

Le moindre attouchement, l'action de parler, de porter un verre à sa bouche, la mastication, amènent des paroxysmes doulouleux qui s'irradient le long de la mâchoire inférieure, jusque profondément en avant de l'oreille.

La malade, accablée par ces douleurs, ne pouvant manger qu'avec de grandes appréhensions, s'amaigrissant de jour en jour, réclame le secours de la chirurgie, après avoir épuisé en vain tous les moyens médicaux usités en pareil cas.

Le *diagnostic* est facilement établi, il nous paraît inutile de nous étendre sur ce point qui n'offre véritablement aucune difficulté. Disons cependant que M. Terrillon s'est assuré que la névralgie était simple, c'est-à-dire d'origine périphérique. Il n'y avait aucun trouble cérébral et la pression sur le nerf atténuait ou faisait disparaître la douleur.

La névralgie étant localisée au nerf dentaire inférieur, et occupant toute l'étendue de ce nerf (car le nerf mentonnier était le point de départ des douleurs, et le contact de l'eau froide et des aliments avec les dents provoquaient des douleurs vives), M. Terrillon résolut de sectionner le nerf dentaire d'après le procédé de Michel, de Nancy (opération qui a pour but de couper le nerf dentaire à côté de l'épine de Spix avant son entrée dans le trou dentaire du maxillaire inférieur).

La malade n'ayant pas voulu être endormie, est placée sur une chaise devant une fenêtre. M. Terrillon introduit dans la bouche un bâillon double qui abaissant la langue, donne suffisamment de place et de lumière.

Une incision verticale, allant de la dernière molaire supérieure à l'inférieure, divise la muqueuse buccale jusqu'au bord antérieur du tendon du temporal.

Avec le doigt et la sonde cannelée le chirurgien se fraye un chemin entre le ptérygoïdien interne et la branche du maxillaire inférieur.

Il arrive, après un temps assez long, à sentir l'épine de Spix située à l'ouverture du canal dentaire. Le nerf est là, il s'agit de le diviser.

Il est impossible, malgré l'emploi des éponges et de l'eau froide, de voir le fond de la plaie.

Le chirurgien est forcé de renoncer à prendre le nerf avec un crochet et surtout à faire la résection, ainsi que le conseillent quelques auteurs.

Ayant donc le doigt sur l'épine, dit M. Terrillon, je cherche avec un ténotome mousse à couper, sur la face interne du maxillaire, le nerf et l'artère. Mais mon doigt est tellement serré que je dois, après plusieurs tentatives, renoncer à ce projet.

L'écartement des mâchoires produisant la tension du muscle ptérygoïdien interne et resserrant beaucoup la plaie, j'enlève le bâillon.

Introduisant alors le doigt, je sens qu'il pénètre plus facilement ; je glisse le ténotome et je sectionne exactement sur la branche montante, au-dessus de l'épine, sans aller trop en arrière ou en dedans, de peur de comprendre le lingual dans la section. Au moment où je pratique cette manœuvre, la malade pousse un léger cri, et un petit flot de sang jaillit dans la bouche.

Le nerf étant coupé, ce qu'il est facile de constater en explorant sa sensibilité, la malade se sent soulagée, et l'attouchement de la joue ne la fait plus souffrir.

Le lendemain de l'opération, on constate que la sensibilité au toucher, à la température et à la douleur est abolie dans toute l'étendue de la région du menton qui s'étend à droite de la ligne médiane, jusqu'à une ligne verticale passant par la commissure du même côté.

Les jours suivants, une fluxion très-douloureuse envahit la partie de la joue située au niveau du siége de l'opération, et dure trois ou quatre jours.

La malade, sortie de l'hôpital le 6 août, est vue par M. Terrillon, le 18 novembre. Elle a toute l'apparence d'une santé prospère qui contraste singulièrement avec l'anémie profonde qu'elle offrait à son entrée à l'hôpital.

Elle raconte qu'elle n'a ressenti aucune douleur depuis l'opération.

L'observation de M. Terrillon est suivie des réflexions suivantes :

1° La section du nerf dentaire inférieur est indiquée toutes les fois que la névralgie dure depuis plusieurs mois, qu'elle a résisté aux traitements médicaux généralement employés, et surtout quand l'état général du malade en souffre.

2° L'opération doit être pratiquée le plus haut possible sur le trajet du nerf, on se met ainsi plus facilement à l'abri des récidives,

3° Le procédé de Michel (de Nancy), qui consiste dans la section du nerf avant son entrée dans le canal dentaire, par une incision pratiquée au fond de la bouche, doit être préféré. Il présente sur les autres, l'avantage de ne léser aucune partie importante, de n'exposer à aucun accident, de ne laisser aucune trace visible à l'extérieur et de n'avoir pas été, jusqu'à présent, suivi de récidive.

4° Cette opération présente un seul inconvénient, c'est d'être délicate chez tous les sujets et difficile chez quelques-uns; mais cependant on peut toujours arriver à sectionner le nerf.

5° La section simple doit suffire dans la grande majorité des cas, les dispositions anatomiques de la région empêchant la cicatrisation du nerf à ce niveau ; elle peut être imposée par la difficulté de l'opération.

6° La résection, qui ne semble pas indispensable, peut cependant être employée, avec l'aide d'un crochet spécial, quand la plaie est assez large et assez peu profonde pour que le nerf soit facilement saisi.

La névralgie récidivera-t-elle ? M. Létiévant, une autorité en pareille matière, dit dans son *Traité des sections nerveuses*, 1873 : « Le rapprochement des faits nous apprend que la récidive, après la section du nerf dentaire, se fait surtout dans les premiers jours de l'opération, quelquefois dans les premiers mois; qu'elle est rare à une époque éloignée. Les guérisons qui ont franchi les premières semaines doivent donc être considérées, le plus souvent, comme définitives. »

Dans le cas de M. Terrillon, la guérison s'étant maintenue pendant plus de quatre mois, on peut la considérer comme définitive.

Nous avions raison, en commençant cet article, de dire que cette observation est intéressante à plus d'un titre. Dans un cas de névralgie extrêmement douloureuse, après avoir essayé de tous les traitements médicaux recommandés en pareil cas, le chirurgien sera autorisé à pratiquer l'opération. Nous engageons ceux qui voudraient y avoir recours, à suivre de point en point le manuel opératoire de M. Terrillon qui n'a pas décrit une opération réglée, mais une opération dangereuse, pour ainsi dire, de nécessité, que tout chirurgien instruit peut imiter.

Dr Fort.

L'Ovarite.

Sous le titre : *Contribution à l'étude de l'ovarite*, M. C. Darolles, interne des Hôpitaux de Paris, a dernièrement publié dans les *Annales de Gynécologie* une observation intéressante, recueillie dans le service de M. le Dr Gallard, et que nous croyons devoir résumer ici, pour nos lecteurs.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, sans antécédents, qui, devenue enceinte en 1875, accoucha après un enfantement laborieux d'un enfant fort du sexe masculin et qui, trois jours après, fut prise de douleurs vives qui, ne faisant qu'augmenter malgré les soins et le repos, nécessitèrent son entrée à l'hôpital le 6 mars 1876. Pendant la vie, le diagnostic fut toujours difficile ; à son entrée, l'état général était à peu près bon, les systèmes respiratoire, circulatoire et digestif étaient sains, le ventre souple ; elle n'avait pas de fièvre, et la pression sur la fosse iliaque droite déterminait seule une vive douleur.

Au toucher : muqueuse chaude, mucus abondant et épais, col volumineux, ouvert, lèvres du col rugueuses et béantes, déviation générale de l'organe, cul-de-sac droit et empâté et sur lequel on perçoit des battements artériels.

Au spéculum : on voit sur la lèvre antérieure une vaste ulcération ; repos, scarifications, purgatif, cautérisations de l'ulcération avec le nitrate acide de mercure. — Les choses se passaient au mieux quand huit jours après survinrent des douleurs vives suivies de vomissements verdâtres, prostration, facies grippé, yeux excavés, hoquet presque continuel, peau froide, ventre météorisé, miction abolie. Pouls 96°. Température 35°. Mort le soir même.

A l'autopsie : poumons, quelques tubercules ; cœur, sain ; intestin, météorisé ; des brides nombreuses et minces relient les anses les unes aux autres ; péritoine, rouge tomenteux et vascularisé par de fines arborisations, mais sans solution de continuité.

Utérus : enveloppé dans des produits inflammatoires anciens et relié par des brides au rectum et à l'S iliaque ; des adhérences existent entre la face antérieure de l'utérus et la face postérieure de la vessie ; les trompes sont grosses et gorgées de pus, celle de gauche est reliée par une bride au rectum et près de son orifice péritonéal, présente une solution de continuité qui fait communiquer son intérieur avec la cavité péritonéale.

Ovaires : le gauche est situé au niveau du col, il est mou, aplati et porte une petite tumeur kystique ; le droit est plus volumineux et présente des détails que nous allons faire connaître.

Microscopie. L'ovaire droit examiné montre dans le stroma et dans les follicules des signes d'inflammation qui varient d'intensité et d'âge, suivant la place. L'ensemble de l'organe est parsemé de petits abcès séparés par du tissu cellulaire gorgé de sang ; ces abcès occupent le siége des follicules et la paroi propre de ce dernier ne peut plus être reconnue d'avec le tissu de prolifération circonvoisin ; enfin le tissu du stroma lui-même n'a pas échappé à l'inflammation et est parsemé de cellules de nouvelle formation.

Deux petits points abcédés, siégeant sur l'ovaire et sur la trompe, ont déterminé la péritonite.

En conséquence, M. Darolles considère que dans beaucoup de cas qui sont attribués à des phlegmasies utérines, on est en présence d'inflammations dues à une lésion principale, initiale, de l'ovaire ou de la trompe et croit que dans le cas ci-dessus l'inflammation a débuté par les follicules, car « le follicule, étant l'élément vraiment actif de l'organe, est par cela même plus exposé à s'enflammer que la gangue inerte qui l'environne », puis elle s'est propagée au stroma, pour provoquer enfin les accidents secondaires de pelvipéritonite et de péritonite aiguë qui ont amené la mort. Dr GUICHET.

Manœuvres obstétricales ayant causé la mort.

Le 22 novembre, après quelques légères douleurs dans la journée, surviennent à minuit de fortes contractions, suivies à minuit et demi de la rupture spontanée des membranes, chez une primipare, âgée de 41 ans. Le 23 à 4 heures du matin on fait appeler un médecin qui, ayant laissé le travail marcher jusqu'à trois heures de l'après midi sans intervenir, demande à ce moment le secours d'un confrère, car, disait-il, l'application du forceps était nécessaire, la tête de l'enfant étant beaucoup trop volumineuse. A partir de six heures du soir, les deux médecins ont appliqué *plus de dix fois* le forceps ! Ces opérations, d'après le dire de la malade ont été très-douloureuses ; *des tentatives de version* ont été même faites quoique la tête fût fortement engagée. Un troisième médecin est alors appelé, il tente en vain d'appliquer le céphalotribe *sans avoir perforé le crâne* ! Enfin, en désespoir de cause, la femme est envoyée à la Clinique après quarante-huit heures de vives douleurs et après avoir supporté de nombreuses et violentes manœuvres.

Le 24 à huit heures du matin M. Depaul trouve une femme épuisée, supportant difficilement la palpation du ventre. Pouls petit, filiforme, fréquent (130 pulsations), langue sèche, peau

Ne jugeant pas cette intervention suffisante, on résolut d'appliquer une couronne de trépan, à l'exemple du professeur Gosselin, dans un cas analogue, ce qui fut fait. Cela produisit un grand soulagement, mais hélas la lésion osseuse n'était pas limitée à la région du crâne, la plus grande partie de la face était prise, le vomer, la voûte palatine, les dents tombaient, etc. Après avoir présenté des phénomènes divers, aussi nombreux que variés, la malade mourut. A l'autopsie, on constata que presque tous les os du crâne et de la face avaient été envahis et détruits; les points non enlevés formaient des petits ilots que rien ne reliait aux voisins et dont les bords étaient atteints de nécrose et de suppuration. Une planche fort bien faite montre dans le travail du professeur italien l'intensité des désordres, et mieux que toute description en fait comprendre la gravité. Ce cas remarquable nous a semblé devoir être cité, en raison de la multiplicité, de l'acuité et de la rapidité des accidents.

Un cas de constipation opiniâtre simulant une maladie grave.

Dans le courant de l'année 1875, nous avons consacré un article de ce journal à la constipation et aux erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu une constipation prolongée. Nous citions deux observations curieuses qui ne manquent pas d'une certaine analogie avec la suivante, communiquée par M. le Dr Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre à la Société de médecine de Paris.

Une femme de 68 ans, qui languissait depuis huit mois, et qu'on disait atteinte d'un cancer abdominal, alla consulter M. Delasiauve. Elle était très-amaigrie et avait le teint cachectique; fièvre lente ; vomissements rares et muqueux ; constipation difficile à vaincre ; ventre plutôt rétracté que tendu et rempli de masses confusément mamelonnées et spécialement saillantes au-dessus de la région ombilicale et dans le flanc gauche. L'opinion sur l'état de cette femme laissa M. Delasiauve incertain, et il prescrivit des frictions résolutives (iodure de potassium belladoné) et des pilules d'extrait de ciguë et de calomel.

Quelle ne fut pas la surprise de notre confrère lorsque, huit jours après, elle vint lui apprendre son miraculeux rétablissement. Au milieu de nombreuses évacuations, elle avait rendu plus de 50 fèces très-dure. A partir de cet heureux dénoûment, il n'y eut qu'à veiller au maintien et à la régularisation des fonctions.

DIVERS

Moyen de calmer les douleurs dans le cancer de l'utérus. — Nous recommandons à nos confrères un traitement local nouveau à ajouter à ceux que nous avons déjà publiés à plusieurs reprises pour calmer les douleurs cancéreuses de l'utérus.

On porte à l'aide du spéculum, jusqu'au fond du vagin, préalablement lavé, des tampons de coton imbibés d'une solution d'*hydrate de chlorate* au dixième. Il faut renouveler le pansement toutes les deux heures. La douleur s'amoindrit après deux ou trois applications de chloral, et l'écoulement est beaucoup moins irritant.

Endocardite blennorrhagique. — Il résulterait d'un travail de M. Marty (*Arch. gén. de méd.*) que la blennorrhagie peut se compliquer de l'inflammation de toutes les séreuses, que le rhumatisme n'est pas l'intermédiaire obligé entre la blennorrhagie et la lésion des séreuses, et que les symptômes de l'endocardite blennorrhagique sont les mêmes que ceux de l'endocardite simple. On peut se demander alors, à quoi M. Marty reconnaît la nature blennorrhagique d'une endocardite.

— *Anévrysme faux primitif, opération, guérison.* — M. Cazin, le savant médecin de Boulogne-sur-mer, vient de communiquer à la Société de chirurgie le fait suivant : Fille de 17 ans, saignée par un charlatan ; développement d'un anévrysme faux primitif, gros, au bout de quelques mois, comme une tête de fœtus de huit mois. Incision de la tumeur, extraction de caillots (300 grammes), ligature de l'humérale au-dessus, chute de la ligature au treizième jour, guérison complète au bout d'un mois.

Immédiatement après l'opération, M. Cazin reconnut que les battements de la radiale étaient supprimés et que ceux de la cubitale persistaient ; il y avait donc une anomalie artérielle. Il n'est pas certain que le résultat eût été aussi heureux si l'anomalie n'avait pas existé ; cependant d'après ce que l'on observe ordinairement, on peut le supposer.

— *Utilité de la glycérine dans la laryngoscopie.* — M. Samondès, étudiant en médecine, a découvert le fait suivant dont la connaissance sera fort utile au médecin qui se livre à l'inspection laryngoscopique. En passant un linge imbibé de glycérine sur le miroir on évite que celui-ci ne soit terni par la vapeur d'eau contenue dans l'air de l'expiration.

— *Sucre dans le cristallin des diabétiques atteints de cataracte.* — D'après la *Gazette hebdomadaire* le D[r] Teillais vient d'opérer avec succès une cataracte double chez une femme diabétique, et il a

constaté la présence du glucose dans le cristallin au moyen de la liqueur de Fehling.

— *Ulcérations de l'estomac dans la fièvre typhoïde.* — M. Millard a présenté à la Société médicale des hôpitaux, 8 décembre 1876, des ulcérations multiples de l'estomac dans la fièvre typhoïde. Cette lésion est extrêmement rare et Louis n'en rapporte que trois ou quatre exemples.

— *Particularité de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.* — MM. Millard, Martineau, Desnos, Laboulbène, Laveran, Gérin-Roze, ont constaté (*Soc. méd. des hôp.*) un phénomène particulier; les malades meurent fréquemment de péritonite, même sans perforation, et au début de cette péritonite la température descend rapidement à 38° et à 37°. Les malades succombent le plus souvent en deux ou trois jours avec un abaissement qui va jusqu'à 3°.6

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie pathologique, par le Dr Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, etc., t. I, grand in-8° avec 267 fig. dans le texte, chez Delahaye, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 20 fr.

Ce n'est point un livre fait à la hâte, ce n'est pas une rapide esquisse que l'auteur vient offrir ici au public médical. Quinze ans de méditation et de travail, pendant lesquels il a sans cesse pu observer par lui-même, ont précédé sa publication; aussi c'est en unissant la clinique à l'observation des pièces anatomiques, que les théories qu'il exprime ont été conçues.

En somme, dit M. Lancereaux, étudier les atérations pathologiques du corps humain en prenant pour base de cette étude les changements que subissent les tissus et les organes aux diverses phases de l'existence, montrer que ces altérations se produisent d'après les lois de la physiologie normale, grouper ces désordres suivant leurs conditions pathogéniques et étiologiques, de façon à poser les fondements d'une classification naturelle des maladies et à asseoir la pratique de la médecine sur des indications pronostiques et thérapeutiques invariables, telle est la doctrine générale de cet ouvrage.

M. Lancereaux commence son livre par une *définition* du sujet : l'anatomie pathologique est la partie de la science médicale qui s'occupe des altérations physiques des organes, en recherche l'origine et les conséquences plus ou moins funestes à l'organisme, puis sous le titre modeste d'*aperçu historique*, fait une

histoire complète de l'anatomie pathologique et la fait suivre d'une riche bibliographie. Viennent ensuite des considérations générales où le lecteur trouvera l'évolution physiologique du corps humain, et la classification des altérations pathologiques.

Abordons la première partie, à proprement parler de l'ouvrage. Cette partie est consacrée à l'anatomie pathologique générale, elle est destinée à faire connaître les anomalies de formation et de développement. Le livre premier est subdivisé en deux chapitres: 1° des monstruosités, réparties en quatre classes principales; 2° des malformations, réparties en sept divisions. Le livre deuxième traite des anomalies de nutrition et se subdivise en trois grands chapitres: 1° des hypertrophies et des atrophies; 2° des hyperplasies, 3° des hypoplasies, et des diverses dégénérescences: adipose, leucomatose, amylose, hyalinose, calciose, nécrose, gangrène, etc. Le livre troisième contient cinq chapitres: 1° des hypémies; 2° des hyperémies; 3° des hémorrhagies; 4° des hydropisies; 5° des tromboses et embolies. Le livre quatrième sur les anomalies accidentelles, se divise en deux sections: 1° parasitisme; 2° traumatisme. La section première comprend les parasites animaux dont l'histoire est exposée dans le plus grand détail et avec une merveilleuse méthode, et les parasites végétaux, hyphomycètes, schizomycètes, ferments, bactéries et vibrions.

La deuxième section comprend les trois chapitres des traumatismes mécanique, physique, chimique.

Ce qui se fait d'abord remarquer dans le savant travail de M. Lancereaux, c'est la netté et la justesse des classifications, des divisions, c'est la méthode qui domine tout l'ensemble et que l'on retrouve dans chaque article en particulier; c'est une science vraie, sûre, une science personnelle qui se montre partout et qui ne craint pas de se faire escorter presque à chaque page par une consciencieuse bibliographie. Quiconque veut travailler et se mettre au courant des progrès de l'anatomie pathologique, doit se procurer l'œuvre nouvelle de M. le Dr Lancereaux.

Dr Guichet.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— L'*Académie de médecine*. — Voici l'époque de l'élection des dix-neuf membres les plus anciens de l'Académie : MM. Bouchardat, Ricord et Larrey font partie de l'Académie depuis 1850; M. Gaultier de Claubry, depuis 1848; M. Dumas, depuis 1843; M. J. Guérin, depuis 1842; M. Huzard, depuis 1841; MM. Bouvier et Jolly, depuis 1839; M. Bouillaud, depuis 1825; MM. Che-

vallier, Bussy et Boutron, depuis 1824; MM. Piorry, de Kergaradec, Hervez de Chégoin et Chevreul, depuis 1823; enfin, MM. J. Cloquet et Caventou, sont académiciens depuis cinquante-six ans, élection de 1821.

— *Autorité des sœurs de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* — Il y a quelques jours, la sœur de charité faisant le service de la porte à l'hôpital Saint-André a refusé de recevoir une pauvre femme en mal d'enfant. Cette malheureuse est accouchée quelques instants après, à quelques pas de l'hôpital. L'opinion publique est vivement emue à Bordeaux et l'on espère que M. le Dr Levieux, membre de la commission des Hospices, va s'occuper sérieusement de cette grave question.

— *Opération de gastrotomie.* — Il y a quelques jours, dit *Bordeaux-médical*, entrait à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Lannelongue, un homme porteur d'un rétrécissement de l'œsophage, siégeant au niveau du cardia, et probablement dû à une affection organique de ce canal.

Le rétrécissement était infranchissable aux plus fines baleines, les liquides même ne pouvaient passer. Le malade, épuisé, amaigri, n'était pas encore cachectique.

En présence de ces données, M. le Dr Lannelongue se décida à pratiquer la gastrotomie; l'opération a été faite dimanche 31 décembre, en suivant les voies tracées par M. Verneuil. L'alimentation se fait aujourd'hui par la plaie stomacale. Il y a cinq jours que l'opération est faite, le malade ne présente aucun acci dent ; son état général est bon.

Nous sommes en droit d'espérer aujourd'hui que le succès viendra couronner les efforts et le talent du chirurgien bordelais.

Si cette opération réussit complètement cela fera un joli bagage à l'actif de la gastrotomie. Nous aurons, en moins d'un an, trois succès, celui de M. Léon Labbé, celui de M. Verneuil, et celui de M. Lannelongue.

— *Prix Civiale.* — Le prix Civiale est un prix de 1,000 francs décerné chaque année à l'interne des hôpitaux ayant présenté le meilleur mémoire au concours sur les maladies des voies urinaires. Nous sommes heureux d'annoncer que le lauréat de ce concours est pour cette année M. Odile Tapret, interne de M. Guyon. Le prix a été décerné à l'unanimité à M. Tapret.

— *Collège de France.* — Le traitement des professeurs du Collége de France est porté de 7,500 francs à 10,000 francs.

— *Muséum d'histoirè naturelle.* — Le traitement des professeurs du Muséum est porté de 7,500 à 10,000 francs.

On ne peut qu'approuver une telle mesure. Les moyens d'existence les plus indispensables sont devenus d'un prix exces-

sif à Paris et il est matériellement impossible, à un professeur qui n'avait que ses appointements, de vivre autrement que dans une gêne extrême.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Emmanuel Moïana, récemment décédé, a légué par testament à la ville de Paris, une somme de 1 million de francs, dont 500,000 francs pour la construction d'un hôpital, et 500,000 francs pour achats de rentes sur l'Etat, afin de doter cet hôpital du revenu nécessaire pour son organisation et ses dépenses annuelles.

M. Moïana a certainement été bien inspiré, on nous permettra cependant de regretter qu'il n'ait pas songé à faire un emploi tout aussi grand de son million. Avec un million on aurait pu créer une Faculté libre de médecine à laquelle le nom de M. Moïana eût été éternellement attaché. A défaut de la Faculté libre Moïana, espérons que nous ne tarderons pas a en avoir une autre due au legs d'un homme intelligent et riche. Nous recommandons cette réflexion aux éditeurs millionnaires MM. J.-B. Baillière.

Conférences de clinique médicale. — MM. Dieulafoy et Lépine commenceront des conférences cliniques à l'Hôpital Temporaire, rue de Sèvres, 42, le mercredis 17 courant, à dix heures, et les continueront les samedis et mercredi suivants, à la même heure. M. Dieulafoy les mercredis ; M. Lépine les samedis.

Leçons de clinique chirurgicale. — M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons cliniques le samedi 20 janvier, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Mortalité à Paris. — Pendant la semaine finissant le 14 janvier 1877, il a été contaté 939 décès, dont 710 à domicile et 229 dans les hôpitaux, sur une population de 1,986,748 habitants (recensement de 1877). Principales affections : fièvre typhoïde, 29 ; pneumonie et bronchite aiguës, 103 ; croup et angine couenneuse, 41 ; maladies aiguës et chroniques inconnues, 500, c'est-à-dire plus de la moitié !

Boîte aux Lettres.

M. le Dr Hart, à Amst. — Nous n'avons pas reçu le mandat-poste annoncé le 28 décembre.

M. Laj., Aire. — Nous attendons impatiemment votre lettre.

M. le Dr M., Grenoble. — Vous pouvez faire dèmander ce qui manque de la collection.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 4. 25 Janvier 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 25 *janvier* 1877.

L'*Académie de médecine* et la *Société de chirurgie* ont tenu cette semaine leur séance annuelle. Des discours ont été prononcés et des prix distribués (voir les prix dans le supplément du numéro de ce jour). M. Jolly, l'un des membres les plus anciens (87 ans), les plus zélés et les plus laborieux de l'Académie, a lu, par l'organe du sympathique professeur de physiologie de la Faculté, M. Béclard, un travail sur la *mémoire*. Nous regrettons que la publication de ce travail ne puisse point être faite en entier dans ce journal ; il aurait certainement intéressé nos lecteurs, mais nous nous sommes fait une loi de laisser la place aux faits pratiques. Nous dirons seulement que M. Jolly ne croit pas à la localisation de la mémoire des mots, pour le langage articulé, dans la troisième circonvolution frontale du côté gauche, malgré les observations publiées dans ces dernières années. Il prouve aussi, en étudiant le caractère de Marphyse, la chienne bien-aimée de Mme de Sévigné, qu'il n'assimile pas l'homme aux animaux et qu'il croit à quelque chose d'immatériel.

Voici une nouvelle : Il se fonde à Paris une *Société de clinique*. En lisant plus loin les noms des membres fondateurs de cette Société, noms très-connus pour la plupart, on pourra espérer que cette Société comblera une importante lacune. Il est à remarquer, en effet, que dans les So-

ciétés déjà existantes, il est fréquemment question d'anatomie pathologique, de symptomatologie, etc., etc., et que les questions de thérapeutique y sont exceptionnellement traitées et comme accidentellement. Nous faisons le vœu que la nouvelle Société clinique soit une Société clinique thérapeutique et non une Société clinique anatomique, auquel cas elle ne serait qu'une superfétation.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

De la réduction sans aide des luxations en général et des luxations scapulo-humérales en particulier.

Tous les chirurgiens savent combien sont nombreux et variés les procédés de réduction des luxations. Le nombre et la variété des procédés opératoires dans les maladies chirurgicales expliquent ordinairement leur insuffisance. Les inconvénients de ceux qu'on applique à la réduction des luxations sont de nécessiter un ou plusieurs aides, de faire souffrir les malades, ou de les exposer aux accidents redoutables de la résolution musculaire complète par le chloroforme. Un procédé comme celui dont nous allons parler, pouvant être employé sans aide, agissant doucement, sans provoquer de douleur, nous paraît appelé à remplacer tous les procédés connus, et à être appliqué à tous les cas indistinctement; de même que la compression des artères est destinée à remplacer la ligature de ces vaisseaux dans le traitement des anévrysmes. Voici le procédé et son mode d'action physiologique, tel qu'il est exposé dans la *Pathologie et clinique chirurgicales* de M. Fort.

Depuis bien longtemps, les chirurgiens ont songé à appliquer les tractions continues à la réduction des luxations, mais aucun n'était parvenu à réaliser cette application d'une manière simple, inoffensive et surtout efficace.

Ce but a été atteint par MM. Ch. Legros et Th. Anger (Archives générales de médecine, janvier 1868).

Rien de plus logique que l'idée, rien de plus simple que l'appareil. Les tractions continues agissent *en épuisant la*

contractilité musculaire, car un muscle ne peut se contracter que pendant un temps très-limité.

MM. Legros et Anger ont choisi le caoutchouc comme agent de traction, tout en reconnaissant que des ressorts, des poids, pourraient déterminer une traction continue, mais moins régulière. La contre-extension est faite comme à l'ordinaire. L'extension se fait au moyen de tubes de caoutchouc qui partent du segment luxé du membre et que l'on fixe au pied du lit ou à tout autre point bien solide, tel qu'un anneau scellé dans le mur. Après quinze, vingt minutes, une demi-heure au plus, pendant lesquelles le malade éprouve seulement de la lassitude, les muscles deviennent mous et flasques. Le chirurgien, maître du membre, comme si le malade était chloroformé, fait la coaptation.

Pour fixer les tubes de caoutchouc au membre, on prend un certain nombre de bandelettes de diachylon, dont on applique les extrémités sur le membre, tandis que la partie moyenne libre forme des anses dans lesquelles sont passés les tubes de caoutchouc. Toutes ces bandelettes sont fixées par d'autres de même nature et disposées circulairement.

On passe cinq ou six tubes de caoutchouc dans les anses des bandelettes; on les relie au point fixe. On emploie ordinairement des tubes du volume des tubes à drainage de moyenne dimension; on proportionne la traction à la force du sujet; mais, en général, on distend les tubes jusqu'à ce qu'on ait doublé leur longueur, ou encore jusqu'à ce que la traction ait acquis une force égale à dix ou quinze kilogrammes.

Quelques chirurgiens, M. Labbé, par exemple, exercent une traction continue sur les muscles jusqu'à ce que ces organes fatigués ne résistent plus : la réduction se fait alors avec facilité.

Les sept observations suivantes qui ont été adressées par M. le docteur Quentin, de Château-Gontier, à l'Union Médicale, le 6 mars 1876, prouvent l'efficacité de la traction élastique du caoutchouc. L'auteur fait remarquer que six de ces observations prouvent que l'extension continue permet d'opérer la réduction *sans aide*, même chez des sujets fortement musclés et que cinq d'entre elles mon-

trent qu'en explorant la sensibilité du moignon de l'épaule, on peut reconnaître l'intégrité du nerf circonflexe et pronostiquer le rétablissement des fonctions du membre.

On comprend en effet que s'il existe une paralysie de la sensibilité de la région postérieure de l'épaule ou une impotence du deltoïde, ce qui indique une lésion du nerf circonflexe, on devra être réservé sur le pronostic.

Les observations de M. le docteur Quentin prouvent encore qu'il n'est pas absolument indispensable de prendre un tube de caoutchouc de préférence à un autre. L'essentiel est que le caoutchouc soit allongé; son élasticité finira toujours par triompher de la résistence musculaire. On peut poser en principe que la résistance cédera d'autant plus vite que le tube de caoutchouc exercera une traction plus énergique. Il ne faut pas cependant qu'elle soit douloureuse.

Première observation. — Le 3 mars 1870, je fus mandé près du sieur Huet, marinier à Bressac, robuste, bien musclé, âgé de 46 ans.

Cet homme revenant, la veille, sur le marche-pied de la voiture publique, avait voulu descendre avant l'arrêt de la voiture, et était tombé sur le coude et sur l'épaule du côté droit.

Je constatai les déformations suivantes : Le bras était dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ; le coude écarté du corps ; toute tentative d'adduction était douloureuse.

Au-dessous de l'acromion, à l'endroit occupé normalement par la tête de l'humérus, se trouvait une dépression dans laquelle les doigts pouvaient pénétrer : la tête de l'humérus était placée en avant et en dedans sous le grand pectoral.

Je diagnostiquai une luxation sous-coracoïdienne et procédai de la manière suivante :

Ayant, à l'aide de nombreux tours de bandes, fixé les deux bouts d'une serviette au-dessus du coude, j'eus de la sorte une anse qui me donna prise sur l'extrémité inférieure de l'humérus. Je fis asseoir le malade dans un grenier à blé où nous nous trouvions, au pied d'une colonne contre laquelle je l'immobilisai à l'aide d'un drap passé sous l'aisselle. A peu de distance une autre colonne me fournit un point fixe que j'utilisai pour l'extension.

J'attachai à l'anse dont j'ai parlé plus haut l'extrémité d'un tube en caoutchouc gros comme l'index et long de six mètres : je

le fis passer autour de la seconde colonne, puis dans l'anse, etc., en augmentant progressivement la tension.

Au bout de six minutes la contractilité musculaire étant épuisée, il me fut facile de pratiquer la coaptation en repoussant avec une main la tête de l'humérus, pendant que l'autre main attirait en avant l'acromion. Je perçus un léger bruit de choc et constatai que la luxation était réduite.

Je n'ai point exploré la sensibilité deltoïdienne, ne connaissant point la découverte de M. Cocteau sur la lésion du nerf circonflexe.

Deuxième observation. — Vers le milieu de la même année, je fus demandé par mon confrère Abafour, qui me pria d'apporter mon caoutchouc.

Un de ses malades, garçon boucher, âgé de 30 ans, vigoureux, s'était luxé l'épaule gauche en tombant de cheval.

Ayant reconnu une luxation antérieure, nous fîmes asseoir le malade sur une chaise, en prenant point d'appui, d'une part, sur un barreau d'escalier, et de l'autre, sur un meuble assez lourd servant à boulanger. Trois hommes se placèrent sur ce meuble pour augmenter son poids, mais comme il était attiré par le caoutchouc, un quatrième assistant fut obligé de s'y asseoir. Au bout de quatre à cinq minutes la réduction fut opérée par mon confrère. Le malade a recouvré complètement l'usage de son membre ; la sensibilité deltoïdienne ne fut pas explorée.

Troisième observation. — Le 13 novembre 1874, le sieur X..., palefrenier, réclama mes soins.

Cet homme, robuste encore et vigoureux malgré son âge (62 ans), venait d'être renversé et foulé aux pieds par un taureau. Le scrotum était déchiré et l'épaule gauche fortement contusionnée. Le bras pendait le long du corps : toutes tentatives d'adduction, d'abduction et d'élévation à angle droit étaient très-douloureuses. Le moignon de l'épaule était aplati : la tête de l'humérus formait une saillie en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Je diagnostiquai une luxation sous-épineuse, et ayant attaché mon malade à un poteau, je pratiquai l'extension en passant le caoutchouc autour d'un barreau d'escalier. Au bout de quatre à cinq minutes, je me plaçai derrière le malade, le pied sur une chaise, et mon genou, appuyé sur la tête humérale, la repoussa facilement d'arrière en avant, pendant que mes deux mains tiraient en arrière le moignon de l'épaule.

Ayant exploré la sensibilité deltoïdienne à l'aide d'une épingle et l'ayant trouvée intacte, je fis espérer au malade un complet rétablissement ; ce qui eut lieu, sauf un peu de raideur.

Quatrième observation. — Au mois de juillet 1875, le sieur Es-

naut, tanneur, âgé de 55 ans, ayant les membres supérieurs bien développés, comme le sont les hommes de sa profession, se luxa le bras droit dans les conditions suivantes :

Il avait été obligé, par le chômage, d'aller servir les maçons, et était tombé du haut d'une échelle sur le coude et sur l'épaule.

Je constatai, malgré un gonflement énorme, une dépression au-dessous de l'acromion et une saillie formée en avant par la tête de l'humérus ; tout mouvement, sans exception, était douloureux.

En présence de mon confrère Bondu, je procédai à la réduction.

J'attachai le malade à un crochet planté dans un mur, et pris point d'appui sur une branche de fagot passée en travers dans la margelle d'un puits.

La réduction, qui dura six à sept minutes, fut laborieuse, et tour à tour, mon confrère et moi, nous fûmes obligé de repousser la tête de l'humérus avec le genou pendant que nous tirions l'épaule en avant.

La réduction se fit sans secousse et sans choc.

Au bout de trois semaines, le malade put reprendre son travail ; la sensibilité deltoïdienne était intacte.

Je suis persuadé que si le sieur Esnaut ne nous avait pas contraint par ses plaintes à tenter la coaptation avant que les muscles ne fussent fatigués, la réduction aurait été bien moins laborieuse.

Cinquième observation. — Au mois d'août 1875, je fus consulté par une pauvre femme nommée Hivert, qui, depuis deux mois environ, souffrait d'une douleur dans l'épaule gauche, avec difficulté des mouvements du bras et fourmillements.

Cette femme avait fait un effort en aidant à décharger des gerbes de blé.

Je constatai chez elle une luxation caractérisée par la saillie en avant de la tête de l'humérus, avec dépression sous glénoïdienne. Elle portait péniblement sa main jusqu'à l'aisselle droite mais les mouvements de rotation en arrière et d'élévation à angle droit étaient impossibles.

La sensibilité deltoïdienne était intacte.

La femme Hivert est attachée à une échelle passée en travers d'une porte, et, à l'aide d'une corde à lessive, je prends point d'appui sur une branche de fagot passé à travers une fenêtre.

Au bout de trois minutes, les plaintes de la patiente m'obligent à tenter la coaptation, qui se fait sans secousse et sans bruit, en poussant en arrière la tête humérale avec le genou,

pendant que mes mains ramenaient en avant le moignon de l'épaule.

Après plusieurs mois de massage et d'exercice forcé, la femme Hivert a recouvré l'usage de son bras.

Sixième observation. — Vers les premiers jours de janvier 1876, je fus appelé près d'un marinier dont j'ai négligé de prendre le nom.

Cet homme portait sur son épaule droite un sac de blé : son bras, appuyé sur la hanche, servait de point d'appui, quand il glissa et tomba sous le sac.

Les muscles de cet homme sont tellement développés que le biceps forme un relief énorme et qu'un des assistants s'écrie que le bras est cassé par le milieu.

Le bras est éloigné du corps : toute tentative de mouvement d'adduction, d'abduction, de rotation et d'élévation provoque des cris. La tension du deltoïde ne permet de sentir aucune dépression sous-glénoïdienne. Les masses musculaires sont tellement volumineuses que la position de la tête en avant est difficile à reconnaitre : tout le membre supérieur est le siége de fourmillements.

Ce n'est qu'en explorant la région de l'aisselle que je puis reconnaître que la tête de l'humérus a quitté la cavité glénoïde et est venue se placer en avant sous la clavicule.

Le moignon deltoïdien est très-sensible. La réduction s'obtient à l'aide du caoutchouc, mais au bout de dix minutes seulement.

Cet homme a recouvré l'usage complet de son bras.

Septième observation. — Il y a deux ans environ, Marie Côte-Verte, âgée de deux ans, m'est présentée par sa mère.

Le bras gauche de cette petite fille avait été violemment secoué par un de ses petits camarades, âgé de 8 ans.

Je constate chez elle l'existence d'une luxation sous-glénoïdienne, que je réduis avec la plus grande facilité. L'exploration du moignon de l'épaule, à l'aide d'une épingle, ayant provoqué des cris, je pronostiquai l'entier rétablissement des fonctions du membre : ce qui a eu lieu.

Sur l'alimentation des enfants.

(Il y a à peine quelques semaines que la discussion sur l'alimentation des nouveau-nés a eu lieu à l'Académie ; l'article suivant arrive peut-être un peu tard, mais nos lecteurs partageront sans doute notre avis : il n'est jamais

trop tard pour dire d'aussi bonnes choses et sur un sujet aussi intéressant).

Il me semble que, dans la discussion importante, qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Paris, au sujet de la question très-importante de *l'alimentation des enfants*, on a oublié un point essentiel, qui est celui-ci : Dans les premiers mois de leur vie, les enfants peuvent-ils réellement digérer les substances que l'on se propose de substituer au lait?

A ce propos je me permettrai de rappeler ce qui suit :

1° Depuis longtemps, il est démontré, que la salive des mammifères, pendant les premières semaines de leur vie, n'a aucune *action saccharifiante* sur les substances amilacées que ces animaux ne digèrent pas (Bidder et Schmidt, Schiff, Albertoni). Il n'y a que le cochon d'Inde qui fasse exception; sa salive, dès la première semaine de sa vie, possède déjà la propriété saccharifiante très-développée.

On sait que cet animal, à peine né, est apte à aller à la recherche de sa nourriture, et qu'il a une dentition assez formée. Chez les autres mammifères, la faculté digestive de la salive ne semble pas se produire avant l'époque de la *dentition*. Ce fait est confirmé chez les enfants.

2° Il est aussi démontré par les expériences de Soncino et Schiff (1872) que le suc pancréatique récent des mammifères âgés d'une ou de deux semaines (chiens, chats, lapins), ne saccharifie pas l'amidon, malgré un contact assez prolongé. Par analogie, on peut le croire aussi pour les enfants. C'est pour cela que le désir de donner des féculents aux enfants à la mamelle est assez téméraire.

3° L'*instinct*, qui prévient habituellement les données de la science, avait déjà appris à nos femmes du peuple à préparer des bouchées de bouillie et de pain, en les mâchant et les insalivant elles-mêmes, bouchées qu'elles donnent à leurs enfants, lorsque ceux-ci se trouvent fatigués du lait. C'est une habitude des femmes lombardes, vénitiennes et toscanes, je ne sais si ce n'est pas aussi celle des femmes des autres parties de l'Italie et d'autres pays; habitude peu propre, mais très-physiologique.

4° Dans les asiles de Bologne, l'alimentation, très-analeptique et faite avec du lait artificiel de Liebig, par manque de nourrices, a produit une statistique décourageante de mortalité parmi les enfants. Tandis que dans les asiles de Milan, au contraire, le remplacement par d'autres laits (principalement par l'allaitement direct de la chèvre) offre des résultats fort satisfaisants.

Je connais plusieurs exemples, très-heureux, de ces allaitements par la chèvre même, dans des familles aisées.

5° Par une observation pratique de trente ans, je sais que le œufs même sont assez indigestes pour les enfants, dans les excréments desquels on peut retrouver facilement la plus grande partie du jaune inaltéré et non digéré.

F. Lussana

Professeur de physiologie à l'Université de Padoue (Italie).

Les arguments de M. Lussana nous paraissent péremptoires et nous sommes surpris qu'ils n'aient pas été présentés par les honorables membres qui ont pris part à la discussion. Quant à nous, nous sommes heureux de nous trouver d'accord avec le savant physiologiste Italien sur ce point important : qu'il faut attendre les premières dents pour songer à ajouter une alimentation artificielle quelconque à l'alimentation naturelle des nouveau-nés par le lait.

Des contractions spasmodiques du tube digestif.

Ces contractions peuvent se rencontrer dans l'œsophage et simuler un rétrécissement organique de ce conduit; elles peuvent siéger également dans l'intestin grêle et dans le gros intestin où elles déterminent des accidents variés de tympanite, de rétention de matières fécales, etc.

Des communications fort intéressantes ont été faites sur ce sujet à la Société de médecine de Paris, séance du 9 décembre 1876, par divers membres. Ces communications sont toutes instructives en ce sens qu'elles nous montrent une grande variété dans les symptômes observés et même dans le traitement employé et souvent suivi de succès. Nous diviserons ces spasmes en deux espèces : les spasmes des organes de la déglutition (pharynx et œsophage) et les spasmes de l'intestin.

A. *Spasmes du pharynx et de l'œsophage.*

— Communication de M. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Une femme de son service présentait un *spasme du pharynx*, arrêtant, quand elle buvait, la colonne liquide à la base du cou et produisant la régurgitation. C'est à peine si cette femme pouvait faire passer quelques gouttes du liquide, par un effort considérable et avec une vive douleur. Pendant quatre à cinq jours, le malade souffrit beaucoup de la faim et de la soif; elle ne pouvait rien prendre et l'amaigrissement était déjà notable. Il ne fut pas possible de constater directement le rétrécissement par la sonde œsophagienne. Mais le traitement montra la nature

de ce rétrécissement qui céda en quatre jours au traitement suivant : *douche froide très-violente*, immersion *du corps dans l'eau très-froide à différentes reprises*.

— Nous connaissons nous même un cas analogue de *spasme de l'œsophage* pour lequel Follin employa, il y a une quinzaine d'années la sonde œsophagienne et amena la guérison de la malade. Cette femme, qui aurait guéri probablement sans cathétérisme et par une médication antispasmodique, présentait tous les symptômes des rétrécissements organiques. Après guérison, elle retourne dans la Charente ou elle est restée quatorze années sans se plaindre du rétrécissement. Depuis un an, cette femme, extrêmement nerveuse, accuse les mêmes symptômes et parcourt les cabinets de consultation, espérant trouver un chirurgien qui partagera ses convictions au sujet du rétrécissement fort grave qu'elle prétend porter.

B. *Spasmes de l'intestin.*

— 1° Communication de M. Voisin, médecin de la Salpêtrière. Il y a quelques mois, dit M. Voisin, j'ai vu une femme très-nerveuse qui, brusquement et en pleine santé, a été atteinte de *tympanite*, et chez laquelle un traitement rationnel n'a appporté aucune modification. Il y avait: distension extrême du ventre; vomissements ayant pris une odeur fécale progressivement marquée, altération des traits, perte complète d'appétit. La malade n'avait pas eu de selles depuis deux jours; l'utérus était sain. Je diagnostiquai un *rétrécissement nerveux*, *spasme* d'une des parties du gros intestin.

Une canule ordinaire, introduite dans le rectum n'amena aucun résultat. Une sonde œsophagienne franchit un point rétréci situé à 20 centimètres au-dessus de l'anus; par conséqent à la limite supérieure du rectum, et donna issue à une grande quantité de gaz. Un lavement fut administré et amena une selle. L'opération, répétée trois fois par jour pendant trois semaines, fut suivie d'une guérison complète. Les gaz, extraits par le cathétérisme, restèrent inodores pendant les trois à quatre premiers jours.

— M. Voisin communique aussi les deux faits suivants : 1° Une hystérique du service de M. Bouillaud fut atteinte de phénomènes d'étranglement avec vomissements stercoraux. Elle fut guérie, en vingt-quatre heures, par les anti-spasmodiques. Un an après, et une fois encore, elle fut prise des mêmes accidents, qui furent toujours arrêtés par les antispasmodiques.

Une autre malade subit trois atteintes d'iléus nerveux, et mourut à la troisième. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement sans lésion organique et sans existence de matières capables de

provoquer obstruction ou étranglement. La persistance de la contracture après la mort est un phénomène qui ne doit pas étonner et qui se montre assez fréquemment sur divers muscles.

— 2° Communication de M. le professeur Peter. Une femme présentait tous les symptômes d'un étranglement interne. Il y avait six jours qu'elle n'avait eu de selles, et les purgatifs ne provoquaient que des selles fécaloïdes. Il y avait des vomissements verdâtres non fécaloïdes. De la matité existait dans tout le côlon descendant; au niveau duquel siégeait une douleur vive. L'application, *loco dolenti*, de 12 sangsues amena malgré l'état de faiblesse, qui pouvait faire considérer ce moyen comme dangereux, une amélioration très-marquée au point de vue des vomissements et de la douleur. Quelques pilules purgatives à l'huile de croton amenèrent ensuite des selles très-abondantes et, en cinq à six jours, par des lavements répétés, les selles redevinrent normales et la guérison fut obtenue. Il y avait, dans ce cas, phénomène d'étranglement; les applications de glace avaient été inefficaces.

D'après M. Peter, l'accumulation des matières fécales avait amené une irritation locale qui avait été le point de départ du *spasme* de la *contracture*, et il n'est pas éloigné de croire que la plupart de ces accidents, qu'on pourrait appeler *iléus nerveux*, sont produits par la même cause.

— 3° Communication de M. Onimus. M. Onimus, au commencement du mois de décembre 1876, a observé deux cas de *spasme du gros intestin* dont il a produit la guérison par des applications électriques. L'un des malades était un homme vigoureux présentant les symptômes de l'étranglement; l'autre est une femme qui n'avait pas eu de selles depuis vingt deux jours et qui vomissait depuis cinq jours. Le traitement par l'électricité a amené promptement deux selles et ensuite la guérison.

Curieuse observation de lésion du crâne suivie de trépanation et de guérison par M. Cras, professeur à l'école navale à Brest.

Fracture du crâne remontant à 38 ans; fistule persistante à la région frontale; intégrité des fonctions cérébrales pendant 30 ans; affaiblissement progressif de toutes les fonctions; phénomènes de compression, hémiplégie, amblyopie, perte des facultés intellectuelles; trépanation du frontal extraordinairement épaissi, issue d'une grande quantité de pus; guérison.

En octobre 1876, M. Cras est appelé auprès d'un malade qu'il

trouve plongé dans un coma profond, avec face violacée, résolution des membres, respiration stertoreuse, pouls fréquent de 120 à 130. Il aperçoit au front, qui était manifestement bombé, une cicatrice traversée par une fistule. La femme du malade lui apprend que cette blessure remontait à plusieurs années. Son mari étant enfant avait fait une chute, suivie de plaie qui ne s'était jamais complètement fermée et avait toujours rendu.

Depuis quatre ou cinq ans, son mari était devenu fort souffrant; ses facultés intellectuelles, jusqu'alors très-nettes, baissaient de jour en jour; elle avait remarqué que les crises fréquentes auxquelles il était sujet coïncidaient avec la suppression de l'écoulement par la fistule frontale.

M. Cras appliqua de la pâte de Vienne, il explora la fistule avec un stylet de trousse, qui s'arrêta à quelques millimètres sans rencontrer une surface osseuse dénudée.

Placé en présence d'un état fort grave caractérisé par des phénomènes de compression qui, dans sa pensée, pouvaient d'un moment à l'autre amener la mort, M. Cras insista sur la nécessité d'une opération immédiate, qui ne fut pas acceptée par la femme du malade.

Le soir de ce jour, l'incision de l'eschare donna issue à un écoulement assez abondant de pus visqueux, sous l'influence duquel le malade recouvra sa connaissance et put donner à M. Cras des détails complets sur les circonstances de l'accident qu'il avait éprouvé trente-huit ans auparavant, et qui avaient été le point de départ de tous les phénomènes morbides observés depuis cette époque.

Depuis cinq ans le malade avait dû suspendre tout travail et abandonner la direction de ses affaires. Il était en proie à une céphalalgie persistante avec affaiblissement progressif de la mémoire, accès fébriles répétés, hémiplégie du côté gauche. L'état morbide n'avait cessé d'aller en s'aggravant depuis dix-huit mois.

Rapprochant tous ces détails des résultats de l'examen attentif du malade, M. Cras conclut à l'existence d'une vaste collection purulente comprimant l'hémisphère droit et, malgré l'amélioration produite, il insista de nouveau sur la nécessité de la trépanation du frontal.

Après bien des hésitations qui persistèrent jusqu'en 1874, la la famille finit par consentir à l'opération devant l'aggravation incessante de l'état du malade, dont les facultés intellectuelles s'étaient complètement éteintes et qui se trouvait maintenant réduit à l'état de gâteux.

M. Jules Rochard, alors directeur de l'École navale de Brest,

avait été, dans l'intervalle, appelé en consultation, et, comme M. Cras, s'était prononcé pour l'opération chirurgicale.

Elle fut pratiquée le 22 juin 1874, par M. Cras, assisté de M. Jules Rochard et de deux autres confrères.

La chloroformisation ayant été jugée dangereuse, on eut recours à l'anesthésie locale par la glace et le sel marin.

Après avoir dénudé le frontal dans toute l'étendue du trajet fistuleux, à l'aide d'une incision semi-lunaire comprenant tous les tissus ainsi que le périoste, et séché la plaie, M. Cras appliqua une large couronne de trépan. Procédant avec lenteur, pénétrant successivement à travers les couches épaisses du frontal hypertrophié, obligé même de retirer l'instrument pour se servir de la gouge et du maillet, afin de faire sauter les couches superficielles du disque osseux et de pouvoir ensuite réappliquer le trépan, M. Cras, arrivé enfin au terme de sa laborieuse opération constate que le segment inférieur de la couronne affleure la paroi inférieure d'une cavité assez vaste; quelques gouttes de pus sortent en même temps. Après quelques tours de trépan, le disque s'ébranle, le tire-fond est introduit et, en le retirant, le chirurgien entraîne avec effraction un long bouchon osseux; en même temps, un flot de pus verdâtre inonde la face du blessé; cet écoulement se fait par saccades isochrones aux battements du pouls et donne 250 à 300 grammes de pus environ.

La cavité fut lavée à diverses reprises à l'aide d'une émulsion étendue de coaltar saponiné; un gâteau de charpie fut appliqué sur le front et on laissa le malade, après avoir constaté un réveil très-manifeste des facultés intellectuelles.

Les suites de l'opération présentèrent des péripéties diverses; mais, à partir du 2 juillet, tout marchait régulièrement. L'intelligence redevient nette, le malade recommence à lire et à écrire; vers la fin de juin, il sort et se promène. Une petite canule d'argent de 7 millimètres de diamètre est maintenue à demeure pour favoriser les lavages et l'écoulement du pus, qui tarit de jour en jour. Un an après l'opération, les résultats ne se sont pas démentis. Le malade conserve, par précaution, une petite canule qui reste débouchée pendant la nuit, et ne contient que 3 à 4 grammes de liquide clair et limpide.

Le réveil de toutes les fonctions avait été rapide. Deux mois après l'opération, le malade avait repris la direction de ses affaires, qu'il négligeait complètement depuis cinq ans; la vigueur musculaire avait reparu en même temps que l'énergie cérébrale.

« Ce fut une véritable résurrection, dit M. Cras en terminant son intéressante observation, et lorsque je le vis, vers cette époque, sautant lestement dans un tilbury, conduisant d'une main

sûre un cheval ardent, j'éprouvai une satisfaction réelle en songeant au misérable gâteux à l'œil éteint, si heureusement transformé par l'intervention chirurgicale. » (Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie.)

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Cour complet d'anatomie sur la tête, le cou et les centres nerveux.* — M. le Dr Fort, professeur libre d'anatomie, commencera ce cours le vendredi 26 janvier 1877.

Ce cours se composera de 75 leçons, et comprendra l'anatomie complète de la tête, (os, articulations, muscles, vaisseaux), les centres nerveux (moelle épinière, encéphale avec les circonvolutions et les localisations cérébrales), les nerfs crâniens, les organes des sens et la région du cou. On s'inscrit chez M, Fort, le matin de 9 à 10 heures et le soir de 5 à 6 heures.

Les matières qui feront l'objet de ces leçons sont les plus difficiles de l'anatomie, celles que les élèves apprennent difficilement sans aide:

Ce cours sera utile à ceux qui ont disséqué pendant le semestre d'hiver; il sera le complément de leurs travaux de dissection qui ne portent généralement que sur les membres et les viscères.

— *Cours d'extraction des dents.* — M. Deschand, dentiste, a commencé ses leçons d'extraction dentaire à l'École pratique, le 10 janvier, à 8 h. du matin, et les continue tous les jours à la même heure. — S'inscrire chez M. Deschand, 37, rue de l'École-de-Médecine.

—*Nominations de professeurs.*—Le décrét nommant MM. Jaccoud (1re chaire), et Peter (2e chaire), professeur de pathologie interne a paru le 13 janvier 1877.

— *Cours de pathologie médicale.* — Les élèves en médecine sont avertis que M. le professeur Jaccoud commencera son cours de pathologie médicale, le lundi 31 janvier 1877, à 3 heures. Il traitera des maladies infectieuses.

Modifications à la bibliothèque de la Faculté. — Comme nous l'avions fait entrevoir dans un de nos derniers numéros, M. le Dr Raige-Delorme bibliothécaire, est mis à la retraite et remplacé par M. le Dr Chéreau. Les bibliothécaires adjoints sont MM. Corlieu et Hahn; les sous-bibliothécaires sont MM. Petit et Thomas. M. de la Martinière est nommé surveillant de la bibliothèque, qui possédera désormais 4 garçons.

Messieurs les élèves, vous constaterez avec nous qu'un vent favorable souffle sur notre Faculté.

— *Société clinique de Paris.* — Voici les noms des membres

composant le bureau et le comité de la Société clinique. Le bureau est composé : 1° D'un président d'honneur, M. Barth ; 2° d'un président, M. Peter ; 3° de deux vice-présidents, MM. Bucquoy et Le Dentu ; 4° d'un secrétaire général, M. Dieulafoy ; 5° de deux secrétaires des séances, MM. Labadie-Lagrave et Huchard ; 6° d'un trésorier, M. Carrière ; 7° d'un archiviste, M. Krishaber.

— *Prix de la Société médico-chirurgicale de Liége.* — La Société médico-chirurgicale de Liége vient de juger les travaux envoyés au concours de 1876. L'ouvrage couronné a pour auteur un de nos confrères de Paris, le docteur Adolphe Piéchaud, professeur libre de clinique des maladies des yeux. Titre de l'ouvrage : *Essai sur les cataractes traumatiques*, paraîtra prochainement en librairie.

— *Prix de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire.* — La Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire a institué il y a un an environ, un prix de la valeur de 800 francs à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur *l'anémie chez les mineurs.* — Six mémoires ont été envoyés au concours. Celui de M. Anatole Manouvriez (de Valenciennes), a été couronné dans la séance du 29 décembre 1876. Trois autres mémoires, d'une valeur réelle, et vraiment dignes du prix, si M. le Dr Manouvriez n'eût pas concouru, seront, à défaut d'autres récompenses pour leurs auteurs, imprimés dans les *Annales de la Société de médecine.*

Mortalité de Paris. = Dans la semaine finissant le 18 janvier 1877, on a constaté 955 décès dont 686 à domicile et 269 dans les hôpitaux.

Principales causes de décès : Fièvre typhoïde 40. Bronchite ou pneumonie aiguë 106. Croup et angine couenneuse 49. Phthisie pulmonaire, 174. Causes inconnues par affections aiguës et chroniques, 480 !

Boîte aux Lettres.

Dr Ant. à ... Gard. — Prière de se conformer à l'usage de joindre un mandat-poste de 10 fr. à la demande d'abonnement.

Dr Lus. (Italie). — Travail remis vendredi dernier à l'éditeur par M. V. Epreuve sera envoyée.

Dr Man. (St-Omer). — Très-satisfait du nouveau venu.

Dr Hor. (Smyrne). — Envoyez mandat-poste international de 10 fr. en timbres-poste français à votre choix.

Dr Hart. (Amst.). — L'affaire est réglée.

Dr Hal., rue Vin. (Paris). — Est-ce bien vous qui êtes passé au bureau du journal la semaine dernière ?

Dr Bu. à B. — Ecrivez vite pour l'opération. Hâtons-nous.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 5. 1er Février 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES. 1. Traitement des abcès et des ulcères atoniques de la cornée. 2. Pleurésie purulente traitée par les lavages quotidiens au moyen de l'appareil Potain, par M. Libermann, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou. 3. Opération destinée à remédier à l'exstrophie de la vessie. 4. De l'action d'un arséniate de fer naturel dans la chlorose et la dyspepsie. 5. Hernie ombilicale étranglée; guérison. — III. INFORMATIONS, NOUVELLES.

Paris, 31 *janvier* 1877.

La dernière séance de l'*Académie de médecine* a été peu féconde en faits devant intéresser nos lecteurs. Nous signalerons seulement le rapport de M. Depaul sur un mémoire de M. le professeur Hergott, de Nancy, intitulé : *Spondylizème, cause nouvelle d'altération pelvienne.*

M. Jules Guérin a fait observer qu'il eût été plus simple de dire : *Le mal de Pott considéré comme lésion produisant des déformations du bassin.* En effet, l'auteur montre que la carie des vertèbres entraîne deux déformations différentes, selon qu'elle atteint le corps vertébral ou le reste de la vertèbre. 1° Quand le corps vertébral est carié, la colonne s'affaisse, s'incline en avant, couvre une partie du détroit supérieur du bassin et empêche l'engagement du fœtus dans le bassin (*spondylizème-affaissement vertébral*); 2° lorsque la carie siége sur le reste de la vertèbre, la colonne vertébrale glisse dans le bassin et se place au devant du sacrum (*spondylolisthésis-glissement vertébral*). Dans le premier cas, le diamètre sacro-pubien n'est pas changé, puisque la colonne rétrécit seulement le détroit supérieur ; dans le second, ce diamètre est considérablement diminué. Chacune de ces deux circonstances peut conduire aux nécessités les plus douloureuses de la science obstétricale.

La *Société de chirurgie* a reçu de M. Péan, chirurgien des

hôpitaux de Paris, une lettre en réponse aux attaques dirigées contre lui par M. Kœberlé, de Strasbourg, dans l'une des dernières séances. Dans cette lettre M. Péan établit que les pinces hémostatiques dont il se sert dans l'ovariotomie et dans les autres opérations n'ont rien de commun avec celles de M. Kœberlé qui rappellent à s'y méprendre les pinces à crémaillère inventées par Charrière en 1862. Le public saura enfin ce qu'il doit penser de cette question de priorité, la Société ayant nommé une commission chargée d'étudier et de juger la question : MM. Lefort, Perrin, et Després rapporteur.

Un nouveau journal a fait son apparition : la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, par MM. Charcot, Chauveau, Ollier, Parrot, Verneuil, Nicaise et Lépine. Ce journal, édité par M. G. Baillière, a été offert par M. Verneuil à la Société de chirurgie.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement des abcès et des ulcères atoniques de la cornée.

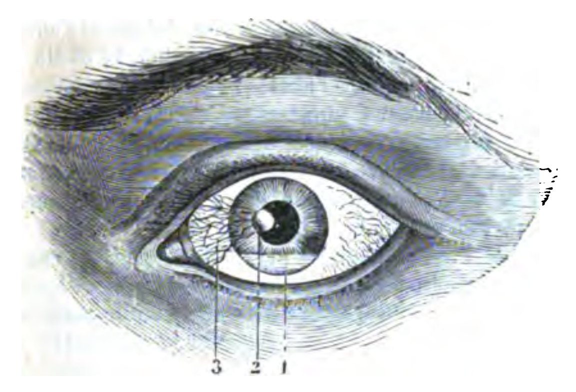
De toutes les kératites, la plus grave, sans contredit, est la *kératite suppurative*. Le traitement de cette affection a été si profondément et si heureusement modifié depuis quelques années, que nos lecteurs comprendront le motif qui nous engage à traiter complètement cette question. Cet article est provoqué par une communication faite le 24 janvier 1877 à la Société de chirurgie par M. Gayet, de Lyon, sur l'emploi du cautère actuel dans les abcès de la cornée.

Caractères. Ces abcès surviennent de préférence chez les sujets débilités, cachectiques, vivant dans des conditions hygiéniques détestables, épuisés par des privations ou affaiblis par l'alcoolisme, l'albuminurie, le diabète, etc.

Le tissu cornéen s'infiltre de pus dans une étendue plus ou moins considérable ; il se produit une nécrose moléculaire de la cornée ou une destruction de cette membrane par larges plaques. Il en résulte un *ulcère* à fond pultacé et grisâtre, *ulcère atonique* de la cornée.

Dans un certain nombre de cas, le pus de l'abcès de la cornée se porte vers l'humeur aqueuse et s'épanche dans la chambre

antérieure où il constitue l'*hypopion* (1) : les abcès qui se comportent ainsi sont dits *abcès à hypopion*. (Voy. la fig.)



Une injection des vaisseaux de la conjonctive, *injection périkératique* (3), accompagne constamment les abcès de la cornée. Dans un grand nombre de cas il y a de la photophobie et des douleurs ciliaires. (Voy. la fig.)

Le tissu de la cornée voisin de l'abcès se trouble légèrement. Le siége de l'abcès est facilement précisé par l'éclairage oblique.

Complications. Les abcès de la cornée se compliquent quelquefois d'hypopion, et, dans des cas plus rares, de perforation complète de la cornée, de hernie de l'iris, d'iritis et même de perte de l'œil.

L'ulcère rongeant, *ulcus serpens* de Sœmisch (Bonn, 1870). succèderait, dit Sœmisch, aux abcès de la cornée et il s'accompagnerait, dans les 3/5 des cas, d'hypopion considérable, sans perforation des couches profondes de la cornée, mais constamment avec iritis.

Si quelques points de pathogénie restent encore à élucider, il est consolant de pouvoir se dire qu'on a trouvé aujourd'hui un traitement efficace pour cette dangereuse lésion du globe oculaire.

Traitement. C'est du traitement chirurgical que nous voulons parler. Nous ne nous étendrons donc pas sur les moyens employés dans la *kératite suppurative sthénique* : sangsues, calomel à l'intérieur, frictions mercurielles autour de l'orbite ; instillations de sulfate d'atropine pour combattre l'iritis (eau distillée, 10 grammes, sulfate neutre d'atropine, 0,05 centigr.) ; paracentèse de la chambre antérieure, etc., etc.

M. Gayet de Lyon, propose un traitement nouveau dans les cas où une intervention chirurgicale est jugée nécessaire. Il s'agit de cautériser l'abcès au moyen d'une fine tige de fer rougie au feu.

« Au premier abord, dit M. Gayet, on pourrait craindre les effets du cautère actuel sur le globe oculaire. C'est à peine si le malade s'aperçoit de cette cautérisation. Quant aux effets locaux, ils produisent des effets surprenants : non seulement l'abcès guérit, mais au moment même de la cautérisation, la partie opaque de la cornée qui circonscrit l'abcès s'éclaircit par une sorte de contraction du tissu cornéen. » Des expériences faites sur les animaux et des observations prises sur des malades, M. Gayet se croit en droit de conclure que sa méthode de *cautérisation de la cornée par le cautère actuel dans les abcès cornéens* est appelée à rendre de véritables services.

MM. Giraud-Teulon, Maurice Perrin et Terrier, ont exprimé la crainte de voir persister une certaine opacité après l'application du cautère actuel et jusqu'à ce qu'ils aient vu un certain nombre de résultats concluants, ils donneront la préférence au procédé de Sœmisch.

Le *procédé de Sœmisch* serait merveilleux au dire de M. Perrin qui l'a employé une trentaine de fois environ et toujours avec un succès inespéré. « Je suis tellement satisfait des résultats de ce procédé, dit M. Perrin, que j'en suis arrivé à l'appliquer non-seulement aux abcès de la cornée, mais *à tous les ulcères de la cornée qui résistent aux traitements ordinaires* et qui se prolongent au delà d'un certain temps, de trois semaines par exemple.» Personne ne voudrait contester la compétence du savant chirurgien du Val-de-Grâce en pareille matière.

Il faut dire que la plupart des chirurgiens n'ont qu'à se louer du procédé qui a donné un total de 34 guérisons sur 35 cas observés par Sœmisch.

Le *procédé de Sœmisch* consiste à inciser l'abcès ou l'ulcération avec un couteau de Graefe. On fait pénétrer à un millimètre de l'une des extrémités de la lésion, la pointe du couteau qui chemine dans l'humeur aqueuse et vient sortir sur le point opposé de la lésion dans le tissu cornéen sain. Le tranchant du couteau étant tourné en avant, on n'a qu'à pousser l'instrument pour diviser l'abcès ou l'ulcère dans toute sa longueur.

Une heure après l'incision, on fait des instillations de sulfate d'atropine. Si l'ulcération persiste après ce traitement, il faut maintenir la plaie béante en écartant ses lèvres deux fois par jour avec un petit stylet boutonné, et continuer les instillations de sulfate d'atropine jusqu'à apaisement des symptômes inflammatoires et douloureux. En dehors du pansement, on applique un léger bandage compressif sur l'œil.

Les résultats de l'opération sont : 1° de diminuer la tension intra-oculaire ; 2° de donner issue au pus de la chambre antérieure et à celui qui est contenu dans l'épaisseur de la cornée.

On pourrait croire que la plaie laisse une cicatrice, et conséquemment un *leucome*. Il n'en est rien, et lorsqu'on examine la cornée un certain temps après l'opération on ne voit plus qu'une ligne qui s'amincit insensiblement jusqu'à disparition complète.

On arrête également les progrès de l'abcès de la cornée ou de l'ulcération envahissante en employant le procédé auquel a recours M. Panas, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. Le *procédé de Panas* consiste à pratiquer une large incision de toute l'épaisseur de la cornée dans la partie la plus déclive. Cette incision favorise également la guérison de la lésion cornéale, elle diminue de même la tension intra-oculaire, et elle offre de plus l'avantage de permettre l'écoulement du pus de l'hypopion, qui est quelquefois tellement épais, qu'on ne peut l'extraire qu'avec des pinces. Dans ces cas, le pus est évacué plus facilement peut-être que par l'incision de Sœmisch.

En somme, on peut admettre la conclusion suivante qui résume ce qui précède : Dans un cas d'abcès de la cornée, avec ou sans hypopion, d'ulcère indolent de la cornée à marche lente et surtout envahissante, on se trouve bien d'inciser toute l'épaisseur de la cornée en dépassant des deux côtés les limites de la lésion.

Dr Fort.

Pleurésie purulente traitée par les lavages quotidiens au moyen de l'appareil Potain, par M. Libermann, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Première observation. — Lebrun (Michel), soldat au 39e de ligne, âgée de 24 ans, est entré à l'hôpital le 20 mars 1875 avec une peumonie très-caractérisée de la partie meyenne du poumon droit. Deux jours après apparaissent les signes de l'épanchemeut, qui arrive en une quinzaine à occuper toute la cavité pleurale de ce côté. La marche thermique de la maladie annonçant une pleurésie purulente, quoiqu'il n'y eût pas d'œdème des parois pectorales ni du membre correspondant, je pratiquai la thoracentèse le 17 mai avec l'appareil de Dieulafoy, et je retirai deux litres et demi de pus verdâtre et bien lié. L'épanchement s'étant reproduit le 1er juin, une deuxième ponction fut pratiquée, avec évacuation de deux litres de pus ; nouvelle reproduction de l'épanchement. Le 7 juin, je me décidai à placer une canule métallique à demeure dans le sixième espace intercostal. Douze cents grammes de pus furent évacués ; et, dès ce moment, on fit avec le plus grand soin deux injections par jour avec de l'eau alcoolisée, plus tard avec une solution de nitrate d'argent. Une grande amélioration s'ensuivit, aussi bien dans l'état général

que dans l'état local. Le pus alla tous les jours en diminuant (de 1,200 grammes à 100 grammes). Les lavages étant cependant devenus difficiles avec la canule, qui s'obstruait à chaque instant et qu'on maintenait difficilement, malgré tous les moyens employés pour la tenir en place, je me décidai, en mars 1876, à appliquer l'appareil Potain. Les lavages furent régulièrement continués deux fois par jour avec les injections mentionnées plus haut, et, au bout de cinq mois, la quantité de pus était descendue de 100 grammes à 20 grammes. Au mois de septembre, celle-ci ne variant plus depuis une vingtaine de jours, j'enlevai d'abord un drain; puis, six jours après, l'autre, et la cicatrisation fut obtenue complétement vers le 20 septembre 1876. En ce moment, le malade est si parfaitement guéri qu'il peut reprendre son service militaire. La déformation est presque insignifiante; la mensuration ne donne aucune différence entre le côté droit et le côté gauche. Cependant on peut remarquer que l'épaule droite est un peu abaissée; que le creux sus-claviculaire droit est plus profond que le gauche; mais ce léger retrait des côtes n'entrave nullement le fonctionnement du poumon, et le murmure vésiculaire est aussi normal d'un côté que de l'autre.

Deuxième observation. — Leprêtre (Jules), âgé de 23 ans, soldat au 130e de ligne, est entré à l'hôpital le 23 mars 1875, pour une pleurésie occupant tout le côté droit; la dyspnée devenant très-forte, on fit, le 31 mars, une thoracentèse qui donna issue à 2,200 grammes de pus; après cette opération, on constate une pneumonie caséeuse occupant tout le sommet du poumon droit, qui avait été masquée par l'épanchement. Le 10 avril, nouvelle ponction avec 1,200 grammes du pus. L'épanchement ne tarde pas à se reproduire, en s'accompagnant de tous les signes du pneumothorax; une troisième ponction évacue une grande quantité de pus. Quatrième ponction, le 20 avril, qui donne 1,500 grammes de liquide et une petite quantité d'air. Cinquième ponction le 25, qui évacue 700 grammes de pus et pas de gaz. Le malade fut encore ponctionné le 29 avril, et les 4, 9 et 15 mai pour parer à des accidents de suffocation imminente, et, chaque fois, on retira de 800 à 900 grammes de pus.

Le 20 mai, on pose une canule Dieulafoy à demeure; les lavages se font assez bien pendant quelques jours; mais bientôt la canule ne donne plus que très-imparfaitement issue au liquide; elle ulcère la peau et occasionne même un décollement assez étendu; de plus, elle ne peut être régulièrement maintenue, malgré les nombreux moyens employés, tels que: plaques de caoutchouc, de zinc, collodion, etc., etc. Aussi, le 17 juin 1875, on pratique l'empyème au niveau du septième espace intercostal, et on met le siphon de Potain; les lavages sont faits deux fois

par jour avec trois litres d'eau additionnée de 200 grammes d'alcool camphré, et plus tard avec une solution de 20 grammes de sulfate de zinc pour 1,000 grammes d'eau. Le pus étant devenu d'une grande fétidité et d'un mauvais aspect, on essaie diverses substances, telles que le chloral, la teinture d'eucalyptus, etc., qui ne donnent pas de résultats ; on en revient aux injections de sulfate de zinc, que le malade continue jusqu'au 1er 1876 ; à cette époque, j'enlève les tubes, et, depuis, l'orifice fistuleux ne fournit plus que 2 grammes environ de pus par jour.

Le malade peut être considéré comme complétement guéri ; le murmure vésiculaire du côté droit est très-affaibli, mais on n'entend pas de bruits anormaux. La déformation de la poitrine est considérable; le côté droit a subi un retrait de 4 centimètres; il est aplati dans le sens antéro-postérieur ; les espaces intercostaux sont rétrécis ; l'épaule droite et le mamelon correspondant sont abaissés ; les creux sus et sous-claviculaires sont plus profonds que ceux du côté gauche. La colonne vertébrale est déviée et forme une concavité dirigée à droite.

Pendant toute la durée du traitement, les malades ont été largement nourris. Ils ont mangé tous les jours des côtelettes et des beefteacks saignants, et ont été mis à l'usage du vin de Bordeaux. Leprêtre, le plus faible des deux, a été envoyé pendant trois mois à la campagne : en un mot, aucune précaution hygiénique, propre à faire réussir le traitement, n'a été négligée.

Réflexions. — Ces deux observations, disait M. Libermann devant la Société médicale des hôpitaux, aux membres de laquelle il présenta les deux malades le 14 novembre 1876, prouvent avec quels soins méticuleux et longtemps continués il faut traiter la pleurésie purulente pour arriver à des résultats favorables. Elles éclairent aussi une question importante de traitement. Faut-il pratiquer l'empyème dès que la pleurésie purulente a été reconnue, ou se contenter d'appliquer des canules thoraciques pour faire les lavages quotidiens. Je crois, pour mon compte, qu'il est utile, dans presque tous les cas, de commencer par l'empyème. Les canules sont incommodes, elles ulcèrent la peau, se déplacent facilement, s'obstruent et ne permettent pas une évacuation aussi complète du pus ; j'y ai renoncé maintenant, quoique je les aie beaucoup employées dans mes premiers essais de traitement de la pleurésie purulente. L'empyème n'offre pas, du reste, plus de dangers. Sans pratiquer les larges ouvertures préconisées par notre savant confrère, le docteur Moutard-Martin, qui ne me paraissent indispensables qu'en cas de gangrène de la plèvre, je me contente d'une incision de 2 à 3 centimètres, juste ce qu'il faut pour le passage des deux tubes de caoutchouc du siphon de Potain. Cet appareil est, à mon avis, le plus commode

de tous. Au bout de quelques jours, le malade lave lui-même sa plèvre sans le secours de personne et sans éprouver le malaise que donne parfois une injection ou une aspiration trop violente, ce qui arrive assez souvent avec les appareils ordinaires. Les lavages doivent être faits en moyenne deux fois par jour, jusqu'à ce que le liquide ressorte complétement clair; la nature des injections m'a paru assez indifférente pour la rapidité de la guérison. Je les ai essayées toutes et je n'ai pas remarqué une différence bien sensible dans la diminution de la sécrétion, suivant la nature des substances caustiques employées. Les injections auxquelles je donne la préférence sont celles d'alcool mélangé de moitié eau, et celles de sulfate de zinc (15 à 20 grammes pour 1,000).

Je n'ai jamais observé d'effets nocifs après ces injections, tandis que les injections iodées ou celles de nitrate d'argent ont amené parfois ou des phénomènes d'iodisme ou des douleurs très-vives.

Un point très-important est aussi la détermination du moment où il faut retirer l'appareil. Je crois que ce moment est venu quand il ne donne plus que 15 à 20 grammes de pus plusieurs jours de suite. Dans ce cas, je retire d'abord un tube, et, pendant quelques jours, je fais des injections dans l'autre avec une seringue à hydrocèle ordinaire, et, enfin, quand je vois que le pus diminue encore, je retire le deuxième tube, et je hâte la cicatrisation par quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Ce sont là les moyens qui donnent les résultats les plus avantageux dans le plus grand nombre des cas. En terminant, je crois devoir attirer votre attention sur la nécessité de traiter la pleurésie purulente dès qu'elle est reconnue. Il ne faut pas hésiter à pratiquer immédiatement l'empyème, car une fois que le poumon est refoulé et bridé contre la colonne vertébrale, il reste une cavité qu'aucune injection ne peut tarir et qui amène infailliblement la mort du malade par épuisement ou infection purulente, comme j'en ai eu malheureusement plusieurs exemples dans mon service.

Un dernier mot sur le second de mes malades, le nommé Leprêtre. Cet homme, atteint de pleurésie purulente à la suite de pneumonie caséeuse, a complétement guéri de sa pneumonie caséeuse et de sa pleurésie purulente. C'est un fait bien démonstratif en faveur de l'utilité de la thoracentèse, même dans la phthisie pulmonaire.

Opération destinée à remédier a l'exstrophie de la vessie.

M. Léon Le Fort a pratiqué cette opération sur un enfant de de 15 ans atteint d'exstrophie de la vessie.

Ce qui constitue le grave inconvénient de ce vice de conformation, c'est l'écoulement incessant de l'urine, et, en second lieu, les douleurs qu'occasionne au malade le contact le plus léger des vêtements avec la muqueuse de la vessie exstrophiée. On a cherché à pallier l'infirmité par deux méthodes différentes : l'une consistant à dériver le cours de l'urine et à la faire arriver dans le rectum, l'autre à recouvrir la muqueuse par des lambeaux cutanés empruntés au voisinage. A la première se rattachent les procédés de Simon, de Lloyd ; à la deuxième, ou *méthode autoplastique*, le procédé de J. Roux, qui, le premier, chercha à reconstituer avec des lambeaux cutanés (lambeau inguino-scrotal) une paroi vésicale antérieure ; ceux de Richard (à lambeau abdominal) ; de Pencoast (à lambeaux latéraux) ; d'Ayres (à lambeau supérieur) ; de Holmes (à lambeau inguino-scrotal) ; de Wood (à lambeaux abdominal et inguinaux) ; enfin celui de M. Léon Le Fort, pratiqué par lui avec succès sur un enfant de 15 ans.

Dans ce procédé, M. Léon Le Fort a eu pour but de s'opposer à la rétraction de la cicatrice qui existe sur l'abdomen, dans les procédés où un lambeau est emprunté à cette région. Cette rétraction a pour résultat de tirer en haut le lambeau qui forme, après la guérison, la paroi antérieure de la vessie nouvelle, et, par conséquent, de rendre de plus en plus large l'ouverture qui, dans tous ces procédés, subsiste au niveau de la racine de la verge. C'est cette rétractilité de la cicatrice et les inconvénients qui en résultent qui avaient amené Nélaton, et, à son exemple Richard, à emprunter le second lambeau sur le scrotum, afin de contrebalancer par une rétraction en sens inverse celle du lambeau abdominal.

Chez son malade, M. Léon Le Fort crut pouvoir parer à ces inconvénients en utilisant, pour maintenir le lambeau abdominal et fermer en bas la vessie, le prépuce, qui est exubérant chez presque tous les épispades, en même temps qu'il évitait de toucher au scrotum et à la région du canal inguinal. Il opéra de la façon suivante :

Il détacha, de la face inférieure de la verge, le prépuce, et un peu de la peau de la face inférieure de la verge, et, tout à fait à sa base, il fit une incision, sorte de boutonnière, au travers de laquelle il fit passer le gland, ramenant ainsi le prépuce au-dessus de la gouttière uréthrale et à la partie inférieure de la vessie exstrophiée.

Six semaines après, il tailla un large lambeau abdominal qu'il renversa au devant de la vessie et qu'il sutura avec le bord supérieur de l'opercule formé par le prépuce. Malheureusement le lambeau se mortifia dans la plus grande partie de son étendue.

M. Le Fort ne recommença l'opération que près d'une année après. Il refit de nouveau un lambeau abdominal dont il aviva les bords cutanés, et it l'engagea dans l'intérieur même du prépuce que, par une incision parallèle à sa surface, il partagea vers ses bords en deux feuillets. Cette fois, grâce à un mode de suture qu'il serait trop long de décrire ici, M. Le Fort évita la gangrène du lambeau. La vessie était dès lors recouverte par une sorte de pont cutané, mais il fallait fermer les bords latéraux; c'est ce qui fit l'objet de la dernière opération,

Le chirurgien fit, sur les parties latérales et de chaque côté, trois incisions, comprenant deux lambeaux qu'il attira vers les bords des lambeaux abdominal et préputial réunis par l'opération précédente et avivés sur leurs bords. La réunion se fit sans accidents. Le résultat désiré était obtenu; le malade, que M. Le Fort présenta à l'Académie en 1875, put porter un urinal, se vêtir comme tout le monde, se livrer au travail et gagner sa vie, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

L'opération de l'exstrophie de la vessie, dit M. Le Fort, ne saurait mettre le malade à l'abri de l'incontinence d'urine, puisqu'on ne peut créer un sphincter musculaire; il semble donc tout d'abord que l'opération est peu utile, mais on change d'opinion qnand on a vu un malade avant et après l'opération.

L'application d'nn urinal avant toute opération est inefficace, l'urine coulant le long de la paroi abdominale et des cuisses quand le malade est debout; de plus, le contact des vêtements lui cause des douleurs insupportables, et il lui est impossible de se livrer à aucun travail manuel. L'opération, quand elle réussit, supprime ou atténue quelques-uns de ces inconvénients; la patience des malades à supporter des opérations multiples indique qu'ils ont conscience du service qu'on leur rend.

Le procédé de M. Le Fort permet de fermer plus complètement en bas la vessie nouvelle, il met à l'abri des effets de la rétraction de la cicatrice abdominale, mais il n'est applicable que chez les garçons ayant un prépuce très-développé. Dans tout autre cas, le procédé de Wood est préférable,

En 1876, le Dr Rodolfo Valdivieso, médecin distingué de Santiago (Chili) a soutenu une thèse inaugurale devant la Faculté de médecine de Paris sur le *Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie*, thèse que nous recommandons à nos lecteurs et qui a obtenu une récompense. M. Valdivieso adopte en tous points le

procédé de M. Le Fort, et dit : « L'excellent résultat obtenu dans ce cas par M. Le Fort, ne saurait trop nous engager à imiter sa conduite. Mais, comme on ne trouve pas toujours un prépuce convenable pour une semblable opération, nous nous adresserions, à son défaut, à la méthode de Wood. »

L'opinion de M. Valdivieso, à l'égard de la méthode à choisir est résumée par les deux propositions suivantes :

Tout procédé à lambeau unique est inférieur aux procédés à lambeaux multiples.

La superposition des lambeaux doit toujours être préférée à leur simple juxtaposition.

Statistique. — « Sur 40 opérations, dit M. Valdivieso, nous trouvons 32 succès ; 4 insuccès seulement et 4 morts. Encore, dans ces 4 morts, celle du malade de Richard, peut-être celle de l'opéré de Wood peuvent-elles être regardées comme dues à l'opération. Il ne faut donc compter, en bonne justice, que 2 morts seulement, c'est-à-dire 5 pour cent. Quant aux succès complets le chiffre de 80 pour cent nous paraît suffisamment éloquent pour nous éviter d'en dire plus long sur le mérite incontestable de la méthode autoplastique. »

De l'action d'un arséniate de fer naturel dans la chlorose et la dyspepsie.

Lorsque nous attirions l'attention du corps médical sur les dragées Dominique de Vals, nous espérions voir nos confrères expérimenter cette nouvelle forme de médicament. Il était, en effet, fort intéressant de savoir exactement ce qu'on pouvait obtenir d'un arséniate de fer et de soude naturel. A côté des vues théoriques, il fallait la sanction expérimentale. Nos confrères ont entendu l'appel qui leur a été fait et nous publierons les observations qu'ils nous adresseront jusqu'à ce que l'enquête ait éclairé ce point de pratique.

M. le Dr Godefroy nous signale d'abord les résultats obtenus dans un cas de chlorose ancienne.

« *Chlorose.* — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, lymphatique au suprême degré, atteinte de flueurs blanches qui allaient toujours en augmentant. Elle était pâle, amaigrie, décolorée ; chairs molles. A ce cortége, était venu bientôt se joindre de la gastralgie, des vomissements, des maux de tête et des douleurs erratiques dans les membres. Elle toussait beaucoup la nuit. J'avais essayé, après plusieurs confrères, l'usage de diverses préparations ferrugineuses. Je n'avais obtenu aucune amélioration, lorsque, le 20 juillet dernier, je lui conseillai les dragées

de la Dominique, à la dose de deux par jour, une à chaque repas.

« Peu après — vers la fin de juillet — elle avait repris un peu de force. Elle mangeait mieux et digérait. Les flueurs blanches avaient presque disparu ; elle ne se plaignait plus de ses douleurs et toussait très-peu.

« Le 10 août, j'ai constaté une amélioration marquée, et hier (17 août) elle m'a paru aussi bien que possible. Je lui ai conseillé de continuer l'usage des dragées de la Dominique pendant au moins quelques mois.

« Quand la malade a pris les dragées, j'avais interdit tout autre traitement. Je voulais voir l'action de l'arséniate de fer naturel des dragées de la Dominique. Toutefois je faisais donner à la malade un régime alimentaire confortable. »

Pharyngite granuleuse. — M. le D[r] Cayral pense avoir obtenu une amélioration plus rapide dans un cas de pharyngite granuleuse, en donnant les dragées de la Dominique qu'en se servant de ses traitements antérieurs.

Il s'agit d'une dame âgée de trente ans, atteinte depuis quelques années d'une pharyngite granuleuse. Appelé pour une rechute, notre confrère pensa que les dragées de la Dominique étaient indiquées. Elles avaient, de plus, l'avantage de se présenter sous une forme agréable à une personne fatiguée de prendre des médicaments dont on masque difficilement la saveur.

Dyspepsie. — M. le D[r] Cayral signale aussi les bénéfices qu'il a tirés de l'emploi des dragées de la Dominique dans le cas suivant.

La malade, âgée de 26 ans, avait éprouvé, il y a un an, des hèmorrhagies si abondantes qu'elle en était profondément débilitée. Au commencement d'une nouvelle grossesse, elle se trouva en proie à une dyspepsie grave (manque d'appétit, nausées, vomissements muqueux, salivation incessante, etc.). La conception remontait à un mois. Les mêmes accidents, moins forts cependant, s'étaient manifestés à la première grossesse. Attribuant l'intensité des phénomènes sympathiques à l'appauvrissement du sang, j'ordonnai les dragées de la Dominique. L'amélioration fut rapide. La salivation disparut à la cinquième dragée, et les autres symptômes s'amendèrent successivement.

De son côté, le D[r] Faivre a essayé les dragées de la Dominique dans deux cas où un état dyspeptique, aggravé de vomissements journaliers non alimentaires, existait (sans lésions organiques), accompagnant une diminution notable des globules rouges du sang ; à la dose de quatre par jour, deux immédiatement avant chaque repas, elles ont fait cesser les vomissements et ramené les digestions faciles, Les forces tendent à revenir et le teint à se colorer.

A eux seuls, ces deux faits ne constituent pas une base suffisamment solide pour édifier une médication nouvelle. Il y a lieu de continuer l'expérimentation.

Mais relevons, dans la communication de notre confrère, cette déclaration intéressante pour le praticien : « Les dragées de la Dominique, irréprochables comme forme et comme aspect, ont une saveur légèrement styptique, que le goût du sucre masque rapidement. »

Nous terminerons cette revue en mentionnant l'opinion de M. le Dr Driot :

« Le goût agréable des dragées de la Dominique permet aux malades de les croquer comme dragées ordinaires ; fait qui, dans certains cas, facilite leur administration d'une manière remarquable. — Elles n'ont jamais déterminé la constipation, conséquence ordinaire de l'usage des ferrugineux. — Enfin, et c'est le point capital, l'association de l'acide arsénieux m'a paru activer l'effet corroborant du fer. Il se peut que la constitution des globules rouges ait été activée, car l'arsenic est, comme on le sait, un agent combattant la désassimilation. De plus, son association m'a permis de donner le fer dans certaines hypertrophies du cœur, où l'usage seul du fer est peut-être dangereux.

L'action des dragées de la Dominique sur la chlorose et la dyspepsie semble certainement hors de doute, et nous aurions à signaler un grand nombre de praticiens, qui ont reconnu leur action favorable. Mais quelle est l'action thérapeutique de ce médicament dans les manifestations de la scrofule, soit sur la peau, soit sur la muqueuse pulmonaire? Là est un point que nous signalons aux praticiens, comme très-digne de leur attention.

Les heureux résultats obtenus chaque jour dans ces maladies par l'emploi des eaux de la source Dominique de Vals, semblent *à priori* promettre aux dragées de la Dominique — qui ne sont autre chose que la boue même de cette source — enveloppée de sucre — un succès assuré dans les cas de scrofule ou de maladies de peau. Mais c'est à l'expérimentation de prononcer.

Dr Grand.

Hernie ombilicale étranglée; guérison.

Les auteurs de pathologie externe condamnent en général l'opération de la hernie ombilicale étranglée. Quelques-uns la proscrivent d'une manière absolue. Cependant des observations de MM. Després, Guérin, Perrin prouvent qu'on peut tenter cette opération avec succès. Il serait

peut-être bon de s'abstenir, comme le recommande M. Verneuil, dans les cas de hernies volumineuses, la mort étant, dans ces cas, la terminaison à peu près constante de l'opération. L'observation suivante de M. Nicaise est de nature à encourager les chirurgiens qui se trouveraient en présence de cas analogues. En apportant dans la kélotomie les précautions dont on s'entoure aujourd'hui quand on procède à l'ouverture de la cavité abdominale pour l'ablation des tumeurs, on verra le nombre des succès augmenter.

Femme, 76 ans, marchande des quatre-saisons. A l'âge de 36 ans, apparition de la hernie ombilicale due probablement à l'exercice de sa profession; elle entre à l'hôpital où l'on fait la réduction. Huit mois après, nouvelle apparition de la hernie, application d'un bandage. Les digestions étaient légèrement troublées par intervalles, il y avait parfois des vomissements, mais pas de véritables accidents. La malade était même si peu tourmentée par cet état qu'elle ne portait plus de bandage depuis douze ans, lorsqu'elle est entrée à l'hôpital.

Le 24 mai 1876, elle est prise d'accidents sérieux et, le 26, elle entre à l'hôpital dans le service de M. Nicaise. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, irréductible, est située à gauche et au-dessous de la cicatrice ombilicale; la peau est rouge et œdémateuse. On constate les symptômes d'une entéro-épiplocèle et les symptômes d'un étranglement herniaire non douteux : constipation opiniâtre, vomissements de matières fécaloïdes, haleine fétide, langue sèche, facies altéré, pouls petit, etc. Personne, si ce n'est le malade, n'avait essayé le taxis.

Se trouvant en présence d'un étranglement, datant de 58 heures, M. Nicaise pensa, avec raison, ne devoir pas pratiquer le taxis, et il eut immédiatement recours à l'opération. La malade étant chloroformée, il fit sur la peau deux incisions se réunissant pour former un T. Il incisa ensuite de la même manière le sac herniaire, épais de 4 à 6 millimètres, et infiltré de graisse. Il trouva dans le sac une masse d'épiploon et une anse d'intestin grêle, longue de 6 centimètres, à parois pâteuses et de couleur bleuâtre. Il n'y avait aucune trace de péritonite, ni de gangrène, et M. Nicaise fut frappé de la disproportion qu'il constatait entre la nature des lésions et l'intensité des symptômes. La plaie ayant été épongée avec une éponge imbibée d'eau phénique au 50e, quelques petits débridements furent faits sur le collet et l'intestin rentra sans peine. Quant à l'épiploon, il fut lié en masse et laissé dans l'angle supérieur de la plaie. Les lèvres de la plaie cutanée et celles de l'ouverture du sac furent réunies par une suture entre-

coupée, avec des fils d'argent, une large couche de collodion fut étendue *autour de l'ombilic*, afin d'obtenir l'immobilité de la plaie. Le ventre fut ensuite couvert d'ouate.

Aucun traitement médical ne fut employé; il y eut un peu de rétention d'urine qui nécessita un seul cathétérisme; un petit abcès se montra dans la paroi abdominale à 10 centimètres de la plaie. A part ce dernier petit accident, tout à fait indépendant de l'opération, tout marcha bien, la réunion eut lieu rapidement et la malade sortit bientôt de l'hôpital. (Observation communiquée le 24 janvier 1877 à la Société de chirurgie.)

Il y a à remarquer, dit M. Nicaise, dans cette observation, la disproportion qui existe entre l'intensité des phénomènes généraux et le peu de gravité des lésions locales.

La hernie était sortie à gauche et au-dessous de la cicatrice ombilicale, ce qui est la règle dans les hernies ombilicales. Après le débridement, l'intestin était attiré spontanément dans la cavité abdominale. L'opération s'est terminée par la guérison, ce que l'on peut attribuer à l'absence de péritonite herniaire et au peu d'intensité des lésions locales. La plaie avait été réunie par des points de suture métalliques qui réunissaient non-seulement les lèvres de la plaie, mais les parois du sac. J'ai employé pendant l'opération, et après, une solution phéniquée, et j'ai fait sur la région ombilicale une large application de collodion pour immobiliser la plaie.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — M. Caubet est attaché à l'Hôtel-Dieu comme médecin-adjoint. — M. Jougla, à l'hospice de La Grave, comme médecin-adjoint. — M. Bonneau, à l'hospice de La Grave, comme chirurgien-adjoint. — M. Fontagnères, à l'Hôtel-Dieu, comme chirurgien-adjoint chargé du service des syphilitiques.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Arnould, docteur en médecine, ancien professeur agrégé à l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, est nommé professeur à la Faculté de médecine de Lille.

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 25 janvier 1877, on a déclaré 988 décès, dont 723 à domicile et 265 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 6. 8 Février 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 6 février 1877.

De nombreux mémoires ayant été présentés à l'*Académie de médecine* nous font espérer des rapports intéressants dans un avenir plus ou moins lointain. Du reste, rien d'intéressant.

La *Société de chirurgie* a entendu pendant une grande partie de la séance, une lecture de M. le professeur Léon Le Fort contre le charlatanisme éhonté d'un diplomate, se disant faussement docteur de plusieurs Facultés, lauréat de plusieurs autres et abusant cyniquement de la crédulité publique. M. Le Fort a fustigé de la belle manière ce charlatan qui, après avoir usé son crédit dans la plupart des villes de province, est venu à Paris, où, sans aucune espèce de honte, dans un des plus beaux quartiers, il a osé inscrire une enseigne presque aussi pompeuse que celle d'*Académie de médecine*. M. Le Fort a montré à ses collègues une pauvre femme des Ardennes dont l'histoire est vraiment lamentable. Elle avait un cancer au sein que le charlatan voulut guérir sans opération... on devine le reste.

M. Le Fort a cru devoir également signaler à la Société de chirurgie d'autres faits non moins regrettables et montrer, par des exemples frappants, au moment où nos députés

discutent la loi sur l'exercice de la médecine en France par des médecins étrangers, quels peuvent être les effets de la loi de ventôse an XI, de cette loi *qui permet à un ministre de donner à un étranger*, *et cela de sa propre autorité*, *l'investiture médicale*, *de lui conférer le droit légal de vie et de mort sur nos concitoyens*.

Le charlatan dont il est question avait été autorisé par un décret de Napoléon III.

Après un échange d'observations entre divers membres, la Société de chirurgie a voté, à l'unanimité, la résolution suivante :

« La Société de chirurgie, espérant qu'une loi nouvelle mettra fin aux abus que rend possibles la loi de ventôse an XI, et dont les faits rapportés par M. Léon Le Fort, donnent un nouvel et si triste exemple, vote le tirage à part du travail de M. Le Fort, l'envoi de ce travail aux ministres compétents et à la réunion des médecins législateurs. »

La chambre des députés entendra-t-elle la plainte des chirurgiens de Paris? Nous l'espérons, car elle a pris en considération la proposition suivante de M. Roger Marvaise :

Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

« Le ministre de l'instruction publique peut accorder aux gradués des universités étrangères et aux médecins étrangers, sur le vu de leur titre, la dispense de la scolarité.

« Un étranger ne peut être autorisé à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'*après avoir subi les examens probatoires* prescrits par la loi française.

Art. 2. — Nul, dans l'exercice de la profession médicale, ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre *devant une faculté française*.

« L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de 50 francs à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'article 463 du Code pénal est applicable. »

La Société de chirurgie a reçu de M. Péan, chirurgien des hôpitaux, une lettre dans laquelle il proteste énergiquement contre les insinuations malveillantes de M. Kœberlé, en établissant qu'il est le véritable auteur de la méthode de la forcipressure.

— A la *Faculté de médecine*, M. Jaccoud a eu un succès

immense, sans précédent peut-être dans les annales de la Faculté. Lorsque le professeur a été présenté avec son collègue M. Peter pour les deux chaires vacantes de pathologie, nous avons dit tout ce que nous pensions de ces deux maîtres aussi jeunes qu'éminents. M. Jaccoud a commencé son cours mercredi dernier, sans émotion apparente; il a prouvé une fois de plus qu'il possède au plus haut degré toutes les qualités qui distinguent le véritable professeur. Nous ne doutons pas que MM. Jaccoud et Peter ne jettent un nouvel éclat sur la Faculté de médecine de Paris.

Dr Fort.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Leçon de M. Germain Sée.

L'acide salicylique.

Messieurs, vous savez déjà sans doute quels sont les effets physiologiques de cette substance. Prise en nature, sans véhicule, elle corrode le pharynx et ulcère l'estomac. Toutefois, si on a la précaution de l'administrer dans une enveloppe protectrice, ces ulcérations ne se produisent pas, et l'on constate presque immédiatement, le pouls restant normal, des tintements, des bourdonnements d'oreille, de la surdité et quelquefois du délire. Divers cas se sont produits dans nos salles qui nous mettent à même de confirmer tous ces points. Trois malades ont été pris de délire, les deux premiers après avoir absorbé *dix grammes* d'acide salicylique. Le troisième n'en avait encore pris que trois grammes. Dans ces trois cas, il est vrai, nous avons constaté un abaissement de température assez considérable, mais, comme je vous le démontrerai, cet abaissement, obtenu par une dose toxique, ne prouve rien en faveur des propriétés antipyrétiques de l'acide salicylique.

Comment cet acide se comporte-t-il dans l'économie? Quelles modifications apporte-t-il dans l'état physiologique du sang? La question n'a pas encore été suffisamment élucidée par l'analyse chimique. On a dit qu'il se faisait une combinaison; on a prétendu le contraire, d'un autre côté. Une seule chose semble indiscutable, c'est qne l'acide carbonique facilite ce travail moléculaire dont les secrets nous sont inconnus. En tout état de cause, nons ne voulons nous occuper que de la manière dont s'élimine cet acide. Chez les chiens, on le voit sortir sous trois formes: en partie en liberté, en partie combiné avec la sonde, et

enfin renfermé dans un composé que l'on n'a pas encore pu analyser. Chez les herbivores l'élimination est complète en vingt-quatre heures. Elle dure plus longtemps chez les carnivores. Elle est plus rapide si l'on a eu soin de lui adjoindre du bi-carbonate de soude. Chez l'homme, elle commence au bout de dix minutes, ce que notre interne a pu constater dernièrement sur lui-même.

Les Allemands et les Anglais ont employé les premiers l'acide salicylique; toutefois, ils en ont méconnu les véritables propriétés, Bullt en fait un antipyrétique. Buss se prit d'enthousiasme à cette assertion; il fit des expériences, mais des expériences qui ne prouvent rien. A Munich, les médecins après avoir donné quatre à cinq grammes d'acide salicylique ont cru remarquer un abaissement de la température.— « Si l'on n'observe rien, ajoutent-ils, on pourra forcer la dose jusqu'à dix-huit grammes. » — C'est suffisant pour produire l'intoxication, Aussi qu'obtiennent-ils? Des tintements, des bourdonnements d'oreilles, et du délire,—phénomènes à leur sens, peu fâcheux. — M. Friedriech a plus de prudence, et il se contente d'un ou deux grammes, ce qui est assez pour n'arriver à aucun résultat. Dans quelques observations cependant, il note, au bout de deux heures, un abaissement de température, auquel nous ne pouvons croire, nos propres expériences nous en ayant démontré l'impossibilité. — Ailleurs, on s'est préoccupé des érosions de la bouche et de l'estomac, sans prendre garde que la thérapeutique qui nous fournit les moyens d'obvier à de tels inconvénients. Autre part, on a pris un chien, on lui a injecté dans les veines du salicylate de soude, on a remarqué un abaissement de température. De notre côté, nous avons expérimenté sur plusieurs chiens, notre interne en a sacrifié quatre auxquels nous avons injecté du salicylate de soude, et nous n'avons rien remarqué. — Tels sont les états de service de l'acide salicylique considéré comme antipyrétique. Nous avons dû nous livrer à de nouvelles recherches. La fièvre typhoïde ne nous a malheureusement fourni, dans ces derniers temps, que de trop nombreux sujets d'étude. Jamais nous n'avons vu la température s'abaisser sensiblement sous l'action de l'acide sacylilique. Le thermomètre ne fléchissait que dans les cas où la dose devenait toxique. Dès lors, ne pensant pas que l'on dut passer outre sur de pareils inconvénients, nous avons cherché une autre application de ce médicament.

Ce n'était pas assez de donner à l'acide salicylique les honneurs qui reviennent au sulfate de quinine, on a cherché aussi à en faire un antiseptique. On l'a administré dans la diphthérie et dans l'infection purulente. Malheureusement, autant les propriétés antiseptiques de cet acide sont démontrées, autant ses propri-

tés antiseptiques internes sont problématiques. Cette fois encore nous avons cherché, et nous n'avons rien trouvé.

Pour ce qui est du rhumatisme, certainement il est soulagé, et et peut être guéri par l'acide salicylique. Seize observations sont là pour témoigner en faveur de notre opinion. A cause des érosions qu'il produit dans les voies digestives, nous avons substitué à l'acide salicylique le salicylate de soude. Sur tous les malades les résultats ont été excellents. Le médicament absorbé se montra au bout de dix minutes dans les urines, et chez la plupart, son action avait été satisfaisante au bout de vingt-quatre heures. Huit nous étaient venus avec une fièvre intense. Une femme entre autres, dont toutes les articulations étaient prises. Le lendemain, elle était complètement soulagée. Dans le rhumatisme, dira-t-on qu'il est apyrétique? Non. Une modification profonde dans l'état pathologique des articulations se manifeste en premier lieu; ensuite, sous l'influence de cette modification par contre-coup, la fièvre se dissipe. C'est ce qu'il nous a été donné de remarquer.

Il est juste de dire que des expériences avaient déjà été faites en Angleterre, M. Gueneau de Mussy fut le seul à en tenter de semblables dans notre pays; ses conclusious ne diffèrent pas des nôtres. Comme nous, il a pu constater une diminution dans la douleur, une diminution dans la fièvre, une diminution dans la durée, — et la suppression des rechutes.

Que l'on jette maintenant un regard sur tout l'attirail thérapeutique employé jusqu'à ce jour contre le rhumatisme. On a les saignées de M. Piorry et de M. Bouillaud ; le tartre stibié qui plonge les malades dans le collapsus; l'aconit aussi peu salutaire; l'azotate de potasse administré jusqu'à la dose de vingt-cinq grammes; les bains froids à 20° ; les alcalins; les citrates; le colchique, la propylamine, les sudorifiques, les opiacés etc. etc. Et de tout cela, que pouvait-on tirer? Quelques soulagements, peut-être, la guérison jamais. Réjouissons-nous donc, messieurs, des résultats que nous avons obtenus, et croyons que d'autres travaux viendront confirmer les avantages que nous avons retirés de l'administration de l'acide salicylique.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de la carie basé sur 27 observations, par M. le Dr Brame.

Le traitement de la carie que nous donnons ici est extrait

d'une communication faite par M. Brame à l'Académie des sciences, séance du 11 décembre 1876.

1° *Traitement général.* — Le traitement général a consisté dans l'emploi de l'huile de foie de morue, du vin de gentiane, du vin de Malaga iodé, des pilules d'iodure ferreux, des pastilles de phosphate ferreux, de la viande crue émulsionnée, de la bière.

2° *Traitement local.* — Variable suivant l'état de la carie. Le traitement local a eu cependant presque constamment pour base les injections de tannin seul ou iodé ; dissous dans l'alcool à 96°, en solution concentrée, ou de sulfocyanure ferrique pareillement dissous dans l'alcool à 96°, en solution concentrée ; quelquefois on réunissait ces deux moyens, ou bien on employait concurremment le sulfocyanure ferrique dissous dans l'alcool et le nitrate argentique dissous dans l'eau.

D'autres fois, on a employé dans l'ulcération du sous-nitrate bismuthique, gélatineux, simple ou ioduré. Autour de l'ulcération, on a employé tantôt l'iodure plombique ou le précipité d'eau blanche, ou bien encore l'iodure argentique ; tantôt du cérat coaltarisé ou de la pommade coaltarisée qu'on appliquait sur la plaie avec des plumasseaux de charpie.

Lorsque des signes d'inflammation plus aiguë se manifestaient, on avait recours pour la combattre aux ventouses scarifiées.

Sous l'influence de ce traitement, on voyait tôt ou tard les séquestres se détacher, la douleur diminuer ou s'abolir ; le pus devenait de bonne nature: les parties fongueuses disparaissaient; la cicatrisation de l'os s'effectuait de manière qn'il devenait tout à fait solide. En un mot, la guérison s'obtenait après un temps plus ou moins long; mais toujours on a pu constater l'amélioration successive qui était la conséquence du traitement.

Je crois devoir faire remarquer que j'ai reconnu à l'iodure argentique des propriétés astringentes, hémostatiques et anesthésiques, et que le sulfocyanure ferrique, dont il est plus facile d'obtenir la neutralité que pour le chlorure, est très-soluble dans l'acool, où il forme une solution épaisse lorsqu'il est concentré; cette solution, en se desséchant sur la peau, prend une teinte mordorée. La solution alcoolique de sulfocyanure ferrique remplace avantageusement le chlorure ferrique, même dissous dans l'alcool comme astringent, comme hémostatique, et dans beaucoup d'autres cas où ce dernier rend de réels services.

De plus, à l'extérieur, additionné d'une solution alcoolique de tannin, le sulfocyanure ferriqúe, mieux que le chlorure ferrique, donne du tannate d'un noir pur, brillant, extrêmement astringent, se desséchant très-vite sur la peau ;il peut être employé dans des bien cas.

Extirpation d'un carcinôme profond de l'aine. — Dénudation des vaisseaux fémoraux et iliaques. — Ouverture du péritoine. Pansement de Lister. Guerison.

Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans qui, le 21 août 1876, entre dans le service du professeur Bœckel à Strasbourg pour une tumeur récidivée de l'aine droite. Il y a treize ans, elle avait déjà été opérée avec succès pour une tumeur semblable, et la guérison s'était maintenue pendant 12 ans. Comme depuis un an la tumeur reparaissait accompagnée de douleurs qui entravaient la marche, elle réclama de nouveau l'intervention chirurgicale.

Le professeur Bœckel croit à l'existence d'un sarcome, et le 26 août, en présence des internes des externes et des élèves qui suivent le service, la malade est chloroformée. Après résolution complète, le professeur commence par circonscrire la cicatrice de la première opération par une incision ovalaire à petit diamètre très-court, limitant en haut et en bas la bosselure supérieure. Cette tumeur présentait deux bosselures principales, au sommet desquelles existait une fluctuation manifeste, la peau était amincie, rougeâtre, mais non adhérente. Cette incision faite et pour avoir plus de jour, il en fait uue seconde dans son milieu, dirigée en bas, suivant l'axe de la cuisse. Il dissèque la peau, et rencontre à la partie inférieure le couturier et le droit antérieur dégénérés, qu'il coupe à la partie inférieure de la tumeur. On applique des presse-artères sur tous les points hémorrhagiques, puis on continue la dissection de la peau à la partie supérieure. Une fois celle-ci suffisamment décollée, M. Bœckel commence à détacher la tumeur dans sa profondeur; mais en voulant l'attirer de dedans en dehors, il crève plusieurs loges, desquelles s'échappent des masses semblables à des fongosités et qui semblent être de nature carcinomateuse. En cherchant à détacher à l'aide du bistouri et des ciseaux la tumeur à sa partie inférieure, on est obligé de diviser l'arcade de Fallope, qui est englobée dans la masse morbide, puis, après avoir lié deux ou trois artérioles, on tombe sur la veine saphène sur laquelle on applique deux ligatures au catgut dont on laisse les fils longs, et la veine est sectionnée entre les deux.

Pendant tout le temps de l'opération des masses fongueuses s'échappent de la masse principale, ce qui gêne notablement l'opérateur.

A la partie supérieure, on agit de même avec le bistouri et les ciseaux et on tombe sur les muscles oblique et transverse, dont les fibres qui avoisinent la tumeur sont dégénérées et comprises

dans la portion à enlever. Pendant ce temps de l'opération, l'hémorrhagie en nappe n'est pas moins abondante que précédemment. L'artère épigastrique à son tour est divisée, mais saisie immédiatement et liée au catgut.

L'opérée est très-pâle, les battements du cœur sont encore manifestes, mais le pouls est complètement insensible. La respiration très-lente, du reste, est très-faible et fait suspendre pour un certain temps l'administration du chloroforme, En dehors, la dissection profonde de la tumeur est assez rapide, partout où l'on n'a à craindre aucun vaisseau. Mais sur le trajet des vaisseaux fémoraux et iliaques, elle est très-lente ; la tumeur cède enfin, et à la partie supérieure de la place qu'elle occupait, existe une éventration à travers laquelle le péritoine fait hernie.

Les parties suspectes sont ensuite enlevées aux ciseaux, et au moment de terminer l'opération, un coup de ciseau ouvre le péritoine sur une étendue de 4 centimètres. M. le professeur Bœckel applique aussitôt trois sutures au catgut, sur la plaie péritonale, et continue à faire l'hémostase, soit avec des pinces, soit avec de nouvelles ligatures. Une fois celle-ci à peu près complète, on passe aux sutures des lèvres des incisions après avoir administré à l'opérée, avec précaution, une nouvelle dose de chloroforme. Toutes les sutures sont faites avec des épingles ; on les réunit, et cela pour pouvoir tamponner la plaie plus facilement. Le premier tamponnement est fait avec l'eau de Pagliari ; on applique ensuite le pansement de Lister, et un tampon d'ouate salicylique que l'on recouvre d'ouate ordinaire Le tout est maintenu à l'aide d'un spica de l'aine fortement serré.

L'opérée est toujours excessivement pâle, le pouls est complètement insensible, les globes oculaires renversés, les paupières entr'ouvertes et la respiration excessivement lente. On cherche à réveiller en elle la sensibilité à l'aide de l'électricité, d'injections sous-cutanées d'éther acétique et enfin par l'administration de quelques cuillerées de vin. On transporte alors l'opérée dans son lit.

Jusqu'au 1er octobre, la température reste toujours au-dessus de la normale, et ce n'est qu'à partir du 2 octobre que toute élévation de température disparaît; vers le milieu du mois, la plaie était complètement cicatrisée et la malade pouvait quitter le service.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic de M. Bœckel. La tumeur était de nature carcinomateuse.

Cette opération mérite d'être citée à cause des difficultés opératoires et des complications qui se sont montrées pen-

dant l'opération. Mais de tels obstacles ne sont rien pour l'habile chirurgien de Strasbourg.

Etudes sur le catgut.

Le catgut étant formé d'une substance organique soluble dans les tissus, tend à remplacer aujourd'hui les fils à ligature.

Les expériences de Fleming, publiées dans *The lancet* 1876, ont pour but de déterminer si le fil de catgut est absorbé, dissous, et repris par la circulation, sans laisser de traces, comme le serait une substance soluble cristallisée, introduite dans les tissus, ou bien s'il s'y organise, se transformant lui-même en tissus pour devenir partie intégrante et vivante du corps.

Au début, dans ses expériences, Fleming passait le fil de catgut au moyen d'une aiguille sous la peau du dos d'un chien, en mettant de nouveaux fils à des intervalles déterminés. Un mois après que le premier fil était placé, le chien était sacrifié, et il devenait impossible de découvrir aucune trace, des fils, sauf en deux points, où des abcès s'étaient formés autour de fils placés dans les derniers jours. Cet accident qui ne s'est pas reproduit, semblait tenir à l'emploi d'une aiguille malpropre.

Après avoir cherché le moyen de marquer exactement la place de l'insertion des fils, Fleming a eu recours à un fil d'argent attaché au fil de catgut et enroulé solidement en spirale autour de lui sur une longueur d'environ 3 centimètres 1[2. Mais le fil métallique présentait quelques inconvénients que n'a pas un fil de soie phéniqué employé de la même manière. Aussi est-ce à ce dernier moyen que s'est arrêté Fleming.

Il introduit le fil de catgut sous la peau, à l'aide d'une aiguille qu'il fait sortir à environ 7 à 8 centimètres du point d'entrée, de manière que la portion entourée par le fil de soie se trouve occuper le milieu du trajet sous-cutané. Après avoir coupé les deux extrémités du fil, au ras de la peau, celle-ci est déplacée, de telle sorte que les extrémités du fil disparaissent au-dessous d'elle.

Une vingtaine d'expériences ont été ainsi exécutées sur des chiens et des lapins, et en dernier lieu, l'animal étant sacrifié par hémorrhagie, une injection avec 2 0/0 de bleu de Prusse soluble de Bruke, a été poussée dans l'aorte. Les fils ont été enlevés avec la portion de tissu dans laquelle ils se trouvaient compris. et soumis au durcissement dans l'alcool ou à la congélation, pour servir à faire des coupes.

Il résulte des examens pratiqués que le fil du catgut subit un un ramollissement de dehors en dedans et s'infiltre de cellules, probablement des leucocytes. Ces phénomènes se produisent du

cinquième au vingtième tour suivant le fil employé, les tissus traversés, l'âge et la vitalité de l'animal. Bientôt la masse pultacée qui représente le fil commence à se métamorphoser et à être parcourue par des vaisseaux sanguins. En dernier lieu le fil de catgut est représenté par une masse constituée par une sorte de tissus de granulation, parcouru par des vaisseaux sanguins qui, sur beaucoup de préparations, se trouvent injectés complètement. En résnmé, ces expériences semblent démontrer qu'un corps étranger d'origine animale, privé de vie et rendu antiseptique peut, dans des conditions déterminées, se transformer en un tissu vivant, vasculaire et d'une organisation relativement élevée.

De la place que doivent occuper les Dragées Dominique dans la thérapeutique moderne, par M. le docteur BARON.

Cette préparation médicamenteuse a fait son chemin dans la thérapeutique des maladies pour le traitement desquelles sont indiqués les éléments chimiques des Eaux minérales de la source Dominique.

Il n'en devait pas être autrement : l'idée de recueillir les dépôts de cette source rare, d'extraire de ceux-ci les agents les plus actifs, et de ce choix, méthodiquement fait, composer un médicament sous forme de bonbon qui le rende facile à administrer chez tous les malades, cette idée devait être bien venue auprès du médecin. C'est aussi ce qui a eu lieu.

Aujourd'hui les Dragées de la Dominique, sont entrées dans la pratique médicale et y rendent les services que l'on peut attendre d'un médicament qui a fait ses preuves.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, pour les médecins qui aiment à se rendre compte de ce qu'ils font d'après la constitution des agents qu'ils ordonnent, de revenir sur la composition élémentaire des Dragées Dominique et d'en faire apprécier la synthèse.

On sait d'abord que dans la minéralisation puissante de la source Dominique, la chimie a distingué en première ligne les sels de fer, d'arsenic et de phosphore, dont chacun connaît les propriétés et l'emploi qu'en fait la médecine rationnelle de nos jours.

L'élément ferreux s'y présente sous la forme de sulfate basique de fer dont la formule chimique chimique est celle-ci ($Fe^2 O^3$ = 25 gr. pour 100 de minéralisation totale.

L'élément arsenical, sous la forme d'arséniaque basique de fer dont la formule est ($Fe^2 O^3$) $2AsO^5$ = 13 gr. 50 pour 100.

L'elément phosphoré sous la forme de phosphate basique de fer dont la formule est ($Fe^2 O^3$) PhO^5 = 7 gr. 50 pour 100.

Puis encore de l'oxyde de fer en excès, marquant 35,06 sur les cent grammes de minéralisation de l'eau elle-même.

Telle est la richesse des éléments de la source Dominique de Vals et telle doit être sans contredit la richesse de la matière que déposent les Eaux de cette source sur le terrain où on la recueille avec soin pour en préparer les Dragées médicamenteuses qui font ici l'objet de notre étude.

Nous ne dirons pas les travaux d'aménagement méthodique qui ont été faits par l'Administration des Eaux de Vals pour que rien ne fût perdu de ces dépôts naturels, mais encore pour qu'on pût les conserver sur place, et les en retirer à propos, lorsque le moment de les prendre, pour en faire la préparation des Dragées est venu. Du reste l'analyse de la matière prise dans ces dépôts a été faite par M. Frédéric Wurtz, chef du laboratoire de la Pharmacie centrale de France, et l'épreuve a démontré, jusqu'à une fraction près,que la minéralisation de l'eau y est bien intégralement comprise.

Ainsi aucun doute ne reste possible à cet égard : il est constant et avéré que les agents thérapeutiques qui font la richesse de la source Dominique, si estimée pour l'excellence de sa composition médicamenteuse, se trouvent bien dans les Dragées, et y sont incorporés avec tout l'art dont on dispose dans le laboratoire que nous venons de nommer.

Il resterait à faire ressortir encore la préférence, que méritent les substances de matière médicale, lorsqu'elles proviennent du grand laboratoire de la nature, sur celles qui sont le résultat des travaux de la chimie; mais les médecins auxquels s'adresserait cette remarque nous dispensent de ce soin : ils savent par expérience qu'en fait de médicament, les produits de l'art chimique même perfectionnés sont inférieurs de propriétés curatives et d'activité aux produits naturels quand on peut les recueillir dans toute leur intégrité. comme on le fait pour les dragées de la Dominique.

Constatons donc avant tout qu'il y aura avantage, dans les cas nombreux où le praticien sera mis à même d'ordonner le Fer, l'Arsenic et le Phosphore à ses malades, d'avoir recours à cette préparation facile et agréable, et d'en prescrire les Dragées avec la confiance d'en obtenir les effets curatifs.

Cela posé pour la connaissance intime de cette préparation qui se recommande par elle-même, on sera maintenant de notre avis quand nous dirons qu'elle est bien venue en son temps, c'est à-dire à une époque où elle pouvait remplir son objet et répondre à un besoin actuel de la médecine. Expliquons-nous à cet

égard, quoique nos confrères comprennent d'avance ce que nous allons dire.

Il est certain que le médecin de notre temps a deux andes préoccupations qui dominent sa pratique, et cela, soit qu'il exerce son art dans la clinique des hôpitaux, soit qu'il 'exerce dans la clientèle privée. La première de ces préoccupations se rapporte à l'espèce des médicaments, la seconde se rapporte à l'espèce des maladies. Il en a été ainsi de tout temps: il y a eu toujours une maladie régnante qui a captivé l'attention des médecins, et cette maladie a provoqué la vogue du médicament qui la guérit.

La maladie qui de nos jours captive l'attention du médecin est l'anémie ; c'est-dire une constitution organique qui laisse à désirer du côté de la circulation et des propriétés vitales du sang Cette constitution organique n'est pas seulement une maladie par elle-même, elle est encore le fond de la plupart des maladies qui atteignent notre génération actuelle.

Toutes les affections nerveuses aujourd'hui sont grevées d'anémie ; toutes les fièvres sont anémiques au fond. Les enfants sont généralement anémiques ou lymphatiques; les vieillards sont tributaires de l'anémie. Les femmes surtout sont anémiques et pèchent par l'activité circulatoire et la vitalité du sang,

Le sang se compose de globules qui en sont tes éléments principaux, mais les globules qui devraient être rouges pour avoir toute leur vigueur deviennent pâles ou blancs et diminuent de nombre dans le liquide où ils nagent, ce qui est le caractère fondamental de l'anémie et ce qu'on appelait autrefois le lymphatisme ou la décomposition sanguine.

Toutes les faiblesses de constitution, soit dans l'état de santé ordinaire, soit dans l'état de souffrance et de maladie, sont réputées aujourd'hui de nature anémique quand elles n'en sont pas les effets.

De telle sorte que lorsqu'on est malade de nos jours, il doit paraître rationnel aux médecins d'avoir recours aux médicaments qui ont pour effet de relever l'organisme de l'état de cette faiblesse générale, et dans les cas où la maladie réclame un autre agent d'action. comme dans les fièvres intermittentes, il est ancore bon et utile d'associer au médicament antifébrile le médicament qui porte son action sur le manque d'activité circulatoire ou sanguine qui accompagne la maladie principale.

Il reste à se demander quel est, dans la matière médicale, l'agent que l'expérience de tous les siècles a reconnu comme le plus efficace pour ramener le ton voulu dans la circulation, en même temps que pour rétablir dans sa vigueur normale les globules

sanguins, desquelles dépendent en quelque sorte la force et la santé de l'homme.

Ainsi posée la question, la réponse suit d'elle-même dans la pensée du médecin. Cet agent est le Fer, le premier des martiaux ainsi que le désignaient les Anciens, pour dire le plus puissant des médicaments à employer contre toutes les débilités organiques.

La suite de cet article démontrera que le fer, pris dans les dépôts de la source de Vals, doit avoir des propriétés spéciales à raison de cette provenance. Nous verrons ensuite les effets qu'on doit attendre de l'Arsenic et du Phosphore associés naturellement au Fer dans cette minéralisation.

BIBLIOGRAPHIE

Arsenal du diagnostic médical. Mode d'emploi et appréciation des procédés et des instruments d'exploitation employés en séméiologie et en thérapeutique avec les applications au lit du malade, par le Dr Maurice JEANNEL, médecin aide-major de 1re classe, 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière et fils. Paris, 1877. Prix : 7 fr. 50.

Nous avons lu ce livre avec soin et nous avons longtemps cherché le côté qui prêtait le plus à la critique. Nous hésitons encore et ceci est dit à la gloire de l'auteur de cet ouvrage si important. Lorsqu'on lit ce livre, on trouve naturel que M. Jeannel ait eu l'idée de l'écrire et cependant on reste étonné de voir qu'il existe depuis longtemps un traité analogue pour les instruments chirurgicaux, de MM. Gaujot et Spillmann et que celui de M. Jeannel n'ait pas fait plus tôt son apparition. Lorsqu'on veut chicaner un auteur, on peut toujours lui reprocher quelque chose et il serait facile de dire à M. Jeannel qu'il a été trop bref sur un instrument ou un procédé d'exploration, trop long au contraire sur un autre.

Nous devons avouer cependant qu'il y a dans l'exposition de ce livre un ordre, une distribution, une compensation, pour ainsi dire, selon la valeur des procédés et des instruments, qui plaisent au lecteur. Rien n'a été oublié par notre jeune confrère de l'armée, qui ne se contente pas d'exposer les procédés et de dire comment on se sert des instruments, mais qui apprécie les uns et les autres avec une sûreté de jugement digne d'un maître. Les matières de l'ouvrage sont ainsi divisées : le premier chapitre comprend les procédés d'exploration de l'état général : thermomètres, balances, etc. Dans les deuxième, l'auteur décrit

les procédés d'exploration des organes respiratoires : auscultation, percussion, mensuration, spirométrie, pneumographie : aspirateurs, spiromètres, stéthoscopes, etc. Les procédés d'exploration de l'appareil cardio-vasculaire forment le troisième chapitre : sphygmographes, etc. ; dans le quatrième, M. Jeannel étudie les moyens d'exploration du système locomoteur : dynamomètres, appareils électriques, etc. Le sixième chapitre est consacré aux moyens d'exploration des organes digestifs, le septième à ceux des organes génitaux de la femme : divers modes de toucher, spéculum, cathétérisme de l'utérus, etc. L'examen des urines comprend un chapitre entier, le huitième ; enfin, dans le neuvième, l'auteur traite de la laryngoscopie et des divers laryngoscopes.

Le livre de M. Jeannel est certainement un livre très-utile et dont le praticien tirera bon profit. Aujourd'hui, il est presque impossible aux médecins de se tenir parfaitement au courant de la science et d'avoir présents à l'esprit tous les instruments nouveaux qui sont venus augmenter l'arsenal du diagnostic médical depuis quelques années. Ceux-là sauront gré à M. Maurice Jeannel d'avoir condensé en un seul volume toutes ces précieuses et récentes découvertes. Il suffit de jeter un coup d'œil sur cet ouvrage pour connaître et les instruments et leurs avantages et leurs inconvénients.

Manuel du pédicure, ou de l'art de soigner les pieds, par X..., 1 vol. in-18 de 130 pages, chez M. J.-B. Baillière et fils.

Nos plus sincères compliments à MM. Baillière, qui ont oublié, sans doute, de nous adresser leur manuel du pédicure. Nous pensions, à tort évidemment, que les médecins auteurs suffisaient à MM. les éditeurs de l'Ecole de médecine et il ne nous serait jamais venu à l'idée de supposer qu'il se ferait chez les maîtres en librairie une mixture selon la formule, un mélange, un cataplasme, que-sais-je, de médecins et de pédicures.

Si M. Baillière avait édité l'ouvrage d'un docteur en médecine, voulant traiter les maladies des pieds ou même encore se faire pédicure, nous l'aurions, à la rigueur, compris, mais ce que nous ne pouvons concevoir c'est cette idée étrange, bizarre, étonnante, de devenir l'éditeur d'un pédicure, autrement dit d'un garçon de bains ou de tout autre établissement : l'on trouve dans ce livre plein de mauvaises odeurs, un chapitre sur la sueur des pieds, sur les bas, les chaussettes, etc., etc.

Selon nous, les éditeurs de cet opuscule ont été égarés par

l'auteur qui s'est présenté à eux en habit noir, cravate blanche, orné de titres pompeux, docteur de plusieurs Facultés, lauréat de plusieurs autres, membre de l'Institut médical, etc., etc. Une autre fois. chers éditeurs, prenez vos informations sur vos auteurs et vous ne serez pas exposés à prendre un pédicure pour un chirurgien.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— On annonce la mort de M. le Dr Lélut, ancien médecin de la Salpêtrière, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, âgé de 73 ans.

M. le professeur Blondlot professeur de chimie médicale à la Faculté de Nancy vient également de mourir.

— M. le Dr Engel, agrégé à la Faculté de Nancy, vient d'être nommé professeur de chimie à la Faculté de Montpellier, en remplaeement de M. Béchamp, qui passe à l'Université catholiqne de Lille.

— Un docteur en médecine, possédant une bonne clientèle à 13 kilomètres d'une grande ville, dans un des départements avoisinant la Gironde et se faisant annuellement 8,000 fr. de revenu, désire céder sa place. S'adresser aux bureaux de *Paris médical.*

— *Quelques chiffres curieux.* — On peut se rendre compte des tendances thérapeutiques par les chiffres suivants : En 1855, la Pharmacie centrale des hôpitaux ne fournissait annuellement qne 141 kilogr. de Chloroforme; elle en a fourni en 1875 308 kilogr. — 5 kilogr. de Chloral ont été employés en 1869, 360 kilogr. en 1875. — 250 gr. d'Iodoforme en 1859 28 kilogr. en 1875. — 3 kilogr. de Bromure de potassium en 1855, 800 kilogr. en 1875. — 275 gr. de Morphine en 1855, 10,000 kilogr. en 1875. Il est inutile de faires ressortir l'éloquence de ces chiffres.

—*Mortalité à Paris.*— Dans la semaine finissant le 1er févvrier 1877, on a constaté 1057 décès dont 768 à domicile et 291 dans les hôpitaux. Parmi les causes des décès nous signalerons 37 fièvres typhoïdes, 52 bronchites aiguës, 80 pneumonies, 63 croups ou angines couenneuses, 177 phthisies pulmonaires et 545 maladies inconnues ! Plus de la moitié ! Fort bien ! La fièvre typhoïde est rentrée dans son état ordinaire d'endémie.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 7. 15 Février 1877

PARIS MÉDICAL

Paris, 14 février 1877.

L'Académie de médecine a entendu une communication de M. J. Guérin sur les mouvements de la colonne vertébrale. Le savant académicien a indiqué les dispositions anatomiques ayant trait aux mouvements qui se produisent à la base de chacune des trois régions de la colonne vertébrale, cervicale, dorsale et lombaire. Aujourd'hui M. Guérin précise les dispositions spéciales des surfaces articulaires de l'articulation de l'occipital avec l'atlas. Il y aurait dans cette articulation un mouvement d'inclinaison latérale méconnue jusqu'ici. M. le Dr Delthil, de Nogent-sur-Marne, a lu ensuite une note sur la *plaque diphthéroïde* de la coqueluche. On sait que cette ulcération en plaque, lorsqu'elle existe, siége le plus souvent sur le frein de la langue. D'après le Dr Delthil, la plaque serait plus fréquente qu'on ne le croit, son étendue serait en rapport avec la gravité de la maladie ; lorsqu'elle disparaît la fièvre cesse, mais les accès de la coqueluche persistent. Selon notre confrère, on ne devrait conseiller le déplacement des malades qu'après l'effacement de la plaque, et il se demande si cette plaque diphthéroïde n'est pas l'expression apparente d'une maladie spécifique.

— M. le professeur Vulpian a présenté à l'*Académie des sciences*, l'excellent *Traité du diabète* de M. le Dr Lecorché, agrégé très-distingué de la Faculté de Paris, en ajoutant ces mots, d'autant plus flatteurs pour notre confrère que M. Vulpian ne prodigue pas banalement ses éloges: «Ce

livre offre un grand intérêt au point de vue scientifique et une réelle utilité au point de vue pratique. M. Lecorché a étudié d'une façon toute nouvelle le diabète insipide et a fait voir que cet état morbide s'accompagne d'une production exagérée d'urée. Somme toute, ce livre fait honneur à la Faculté de Paris et aux sciences médicales. »

La falsification des matières alimentaires est-elle nuisible ou indifférente? Voilà ce qu'il serait utile de savoir. M. Wurtz, a présenté une note de M. Gauthier sur la falsiffcation des vins par la *fuchsine*. Selon M. Gauthier qui a étudié particulièrement cette question, un cent millième de fuchsine suffirait pour changer sensiblement la colora-d'un vin. On ne sait pas encore si cette dose peut être nuisible. Ajoutons toutefois que les commerçants emploient de la fuchsine impure contenant souvent un peu d'arsenic. Cependant des faits nombreux témoignent que l'absorption journalière de doses infinitésimales d'arsenic n'ont pas les effets nuisibles des mêmes doses de plomb longtemps continuées. Il n'est pas démontré que les doses d'arsenic s'accumulent au point de devenir toxiques.

Que penser du cuivre comme poison? M. Pasteur s'est élevé contre la coloration en vert des légumes en conserves par le sulfate de cuivre. L'honorable académicien croit que l'usage de ces conserves pourront être nuisible si on le continuait pendant plusieurs jours de suite et il évalue la quantité de cuivre contenu à un dix-millième, ce qui est peut être beaucoup. Ces craintes nous paraissent exagérées ainsi que l'évaluation de la quantité de cuivre contenu dans les conserves ; un cristal de sulfate de cuivre, gros comme un haricot, suffisant à colorer des marmites entières de conserves. De temps immémorial, tous les mortels y compris les honorables académiciens, font usage de prunes à l'eau-de-vie et de cornichons teints en vert par le sulfate de cuivre et personne ne s'en est encore plaint. Nous sommes heureux de nous appuyer ici sur l'autorité de M. Vulpian qui a répondu à M. Pasteur : « Je veux rappeler seulement que l'effet toxique du cuivre n'est pas prouvé. Jusqu'a présent, il n'a pas été possible d'empoisonner un animal avec une dose quelconque de sel de cuivre, et jamais, dans les hôpitaux, on n'a vu d'ouvrier atteint d'accidents causés par l'absorption de ce métal, Les ateliers où on le travaille

sont cependant nombreux à Paris et ailleurs. C'est donc une question encore à l'étude, et, loin de la trancher, il faut apporter beaucoup de réserves dans les appréciations qui la concernent. »

Malgré le peu d'inconvénients offerts par les vins fuchsinés et la coloration des légumes en vert par le sulfate de cuivre, il est sage, selon nous, de proscrire d'une manière absolue, la falsification, quelle qu'elle soit, des matières alimentaires.

— A la *Société de chirurgie*, M. Lucas-Championnière lit une note sur la trépanation en rapport avec les centres moteurs. Nous en parlerons prochainement dans un article complet que nous nous proposons de publier sur ce sujet dans ce journal. Une communication faite par MM. Le Dentu sur un corps étranger de l'œsophage et sur un cas de sacro-coxalgie blennorrhagique sera prochainement publiée.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement radical des névralgies faciales par l'aconitine.

Voici ce que disait M. le professeur Gubler au sujet de l'aconitine. à la *Société de thérapeutique*, séance du 23 janvier 1877 : *Je ne connais pas de névralgie de la cinquième paire, même le tic douloureux, qui ait résisté à l'aconitine.*

A l'appui de cette affirmation, M. Gubler a rapporté plusieurs faits curieux. Il raconte, entre autres, l'histoire d'un malade qui vint chez lui en poussant des cris aigus. Il souffrait ainsi jour et nuit depuis trois mois. Avec l'aconitine la douleur disparut complétement; fatigué d'en prendre, ce malade cessa ; la névralgie revint et céda de nouveau à l'aconitine.

M. Gubler a vu en outre, il y a quelques années, un malade atteint depuis longtemps d'une névralgie trifaciale rebelle, pour laquelle Nélaton avait déjà fait la résection de tous les filets nerveux ; il n'y avait eu qu'un soulagement momentané. Cet homme parlait de se tuer, quand, sur le conseil de Debout, on lui donna *l'aconitine de Hottot*. La douleur fut supprimée absolument.

Dose du médicament. — Selon M. Gubler l'aconitine de Hottot

et Liégeois est excellente et celle de Duquesnel est d'une grande puissance. Ni les granules, ni les pilules ne sont du goût du savant professeur de thérapeutique, il aime mieux une *solution d'aconitine*. Si l'on emploie la solution de *nitrate d'aconitine* ce qui est préférable, on donne un *demi-milligramme* de nitrate, ce qui équivaut à *un quart de milligramme* d'aconitine. La dose peut être poussée plus loin. Chez le premier malade dont il a été question plus haut, M. Gubler n'a fait disparaître complétement la douleur qu'en élévant progressivement la dose jusqu'à 6 milligrammes. Chez le malade auquel Nélaton avait réséqué les filets nerveux, on donna 5 milligrammes d'aconitine de Hottot. Avec 3 milligrammes la douleur revenait, mais avec 5 milligr. le malade ne souffrait aucunement.

Lorsqu'on a recours aux pilules et aux granules, il peut se faire qu'encouragé par la nullité de leurs effets pendant un certain temps, on soit conduit ainsi à une dose trop forte. La nullité des effets peut résulter, en effet, du manque d'absorption. Avec une solution rien de tel.

Les données précédentes suffisent au praticien pour doser le médicament.

Troubles causés par l'aconitine. — M. Gubler n'a jamais vu qu'un seul accident avec l'aconitine de Hottot. Chez un malade qui avait pris 1 milligramme 1/2 en seize heures, il y eut perte de connaissance. C'est le seul *accident* qu'il ait vu. M. Gubler croit qu'on se méfie trop de l'aconitine qui n'offre aucun danger lorsqu'on la manie avec prudence.

Toutefois il conviendra de s'abstenir de son emploi chez les personnes atteintes de maladies de cœur et voici pourquoi :

1° Un malade, pour une affection nerveuse obscure, avec amblyopie, prenait depuis quelques jours de l'aconitine, Cet homme, très-intelligent, avec un *demi-milligramme* d'une solution nouvelle, plus active sans doute que la précédente, observa qu'au bout de deux heures, il avait une *sensation précordiale étrange, du malaise et des battements de cœur irréguliers*, Il entendait, disait-il, dans son cœur « un triple bruit », qu'il comparait « à l'appel de la caille». M. Gubler pensa d'abord qu'il s'agissait d'un dédoublement du second bruit. Chez ce malade, les troubles cardiaques duraient pendant une heure ou deux. Ils débutaient environ deux heures après la prise du médicament.

2° L'attention des assistants étant éveillée, M. Porrac, interne de l'hôpital Beaujon, raconta avoir éprouvé lui-même, après avoir pris, il y a quelques mois, de l'aconitine, des troubles circulatoires ; s'étant alors observé avec soin, il s'assura qu'il n'y avait pas de dédoublement du second bruit, mais une irrégularité avec réunion de deux contractions jumelles.

3° M. Gubler a vu une jeune fille qui a refusé de continuer à prendre un demi-milligramme d'aconitine, à cause des *troubles cardiaques* que lui donnait ce médicament. Elle avait une affection du cœur.

4° Des phénomènes analogues avaient été observés par Hottot et Liégeois. Ces deux habiles expérimentateurs avaient, en effet, constaté des *irrégularités cardiaques*, puis de la *parésie du cœur*. Ils avaient pensé que l'aconitine amène la paralysie de certaines parties du bulbe.

Les névralgies du trijumeau sont quelquefois si rebelles que nous sommes heureux d'offrir ce nouveau moyen à nos confrères. Déjà, dans ces derniers temps, nous leur avons signalé un cas de guérison remarquable de *tic douloureux* par le bromure de potassium employé par M. le professeur Peter. Avant de quitter ce sujet, nous dirons que l'aconitine est un spécifique des névralgies du trijumeau et qu'elle guérit moins bien les autres névralgies. MM. Gubler et Moutard-Martin pensent avec raison que dans le cas de névralgies symptomatiques on ralentit, on enraye même la marche des lésions morbides en calmant la douleur. Il y a donc plusieurs bonnes raisons pour agir contre l'élément *douleur*.

Guérison d'un cas d'étranglement interne par l'insufflation d'air dans l'anus.

Nous citerons l'observation suivante que M. le Dr Roger (de Hédé) a communiquée à la *Gazette des hôpitaux*.

Dans la nuit du 21 décembre dernier, M. Roger fut appelé auprès d'un malade nommé F..., âgé de 35 ans, d'un bon tempérament, demeurant à trois lieues de Hédé, et qui venait d'être pris de coliques vives. Il se rendit chez lui le 22, vers neuf heures du matin, et le trouva, bien que plus calme que la nuit, souffrant toujours du ventre. La douleur siégeait du côté gauche, entre le milieu de la fausse côte et la crête iliaque. On sentait dans ce point une tumeur bosselée paraissant tenir à des matières arrêtées dans l'intestin. F... raconta qu'après un repas dans lequel il avait mangé un mets mal préparé, il avait été pris de dégoût, puis de coliques et de vomissements. Il n'était pas allé à la selle, le pouls n'était pas fréquent, la bouche était mauvaise, la langue blanche, Croyant à une indigestion

M. Roger ordonna une once d'huile de ricin, puis, si les selles ne venaient pas, un lavement le soir avec du miel de mercuriale.

Le lendemain matin, 23, le malade n'était pas mieux et il n'était pas allé à la selle. Commençant à craindre qu'il n'y eût obstacle au cours des matières, M. Roger prescrivit une potion avec deux gouttes d'huile de croton et deux lavements de séné et de sulfate de soude, à deux heures d'intervalle. Le soir, il n'y avait pas eu encore de selle, la douleur était toujours vive, surtout par moments et à la pression. Le malade ne pouvait se tenir sur le côté gauche : on sentait toujours la tumeur bosselée, plus dure que la veille. Le ventre était ballonné à la partie supérieure; pouls lent, soif vive, face rouge, hoquets et nausées (nouveaux lavements avec séné et sulfate de soude, extrait de belladone sur la partie douloureuse).

Le 24, pas de résultat, même état que la veille. Les éructations sont moins fréquentes ; pouls lent, 70 pulsations ; pas d'appétit, soif toujours vive, langue très-blanche. Le malade est assoupi, le ballonnement du ventre a un peu augmenté (pilules de calomel, jalap et extrait de belladone, une toutes les deux heures).

Le soir encore même état. C'est alors que notre confrère essaya l'insufflation par l'anus au moyen d'un soufflet et d'une canule en gomme à injection pour femme qu'il introduit aussi profondément que possible. Ici nous le laissons parler : « Je souffle, dit-il, modérément, m'arrêtant de temps en temps et je donne en tout une quarantaine de coups de soufflet. (Ce dernier est petit et ne souffle pas très-fort.) Le malade ressent une légère douleur dans le côté gauche, mais en même temps dit qu'il éprouve un certain soulagement. La canule s'engage dans des matières demi-molles. On continue les lavements purgatifs et les pilules le lendemain, il ne reste plus que deux de ces dernières. Il n'y a aucun effet de produit. Cependant les lavements ont nettoyé la partie inférieure de l'intestin. Nouvelle insufflation plus forte. Je ne cesse les coups de soufflet plus précipités que lorsque le malade se plaint. Il y a une forte envie d'aller à la selle, on place F... sur le vase, je crois à un succès, mais il y a seulement sortie de gaz très-sonores. Je redouble l'insufflation, le malade se plaint beaucoup et pendant quelques minutes il y a de vives coliques, puis nouvelle sortie de gaz bruyants. Le malade étant ennuyé des remèdes, je les cesse tous, excepté les deux pilules qui restent.

« Le lendemain quand j'arrive, on m'annonce une grande amélioration. Il y a eu trois selles, la première a eu lieu trois heures environ après mon départ, ces selles sont claires et peu abon-

dantes, elles sentent très-fort et sont verdâtres. Le ventre est encore ballonné, il y a toujours un peu de douleur. J'électrise alors l'abdomen et je prescris un lavement de mercuriale salé. Il survient alors une selle abondante un peu sanglante.

« Le lendemain, je donne encore un verre d'huile de ricin. Il y a alors trois selles jaunâtres, les deux premières sanguinolentes.

« Le 28, le malade se trouve bien, il a de l'appétit. Je prescris une alimentation douce et le repos pendant deux jours. Au bout de ce temps, le malade qui est très-bien, se lève, mange avec plaisir et dit qu'il ne se sent plus que faible. Depuis ce temps l'amélioration a continué et F... est très-bien portant. »

Cette observation se passe de commentaires. Nous ne doutons pas que tout médecin se trouvant en présence d'un cas analogue n'imite la sage conduite de M. le Dr Roger.

Ovariotomie, adhérences exceptionnelles ; guérison.

Le 9 décembre dernier, M. le professeur Michaux, de Louvain, pratiquait une opération d'ovariotomie. L'opération allait être terminée lorsque tout à coup on découvrit une union très-intime et assez étendue du kyste et de l'estomac, adhérence que rien n'avait pu faire prévoir: les digestions avaient toujours été régulières et à peine était-il survenu quelques vomissements (le kyste adhère au grand cul-de-sac de l'estomac d'une manière intime; les parois du kyste et celles du viscère semblent en ce point se confondre en un seul feuillet). En présence de cette complication grave, quelle conduite fallait-il tenir? Deux partis se présentaient : enlever du kyste tout ce qu'il était possible d'en détacher, en ne laissant que son feuillet le plus externe collé au viscère, ou exciser la portion du kyste attirée à l'extérieur en laissant dans le ventre tout ce qui était adhérent. Le premier moyen a été conseillé et a réussi quelquefois, M. Michaux a préféré le second et il n'hésite pas à le recommander comme plus facile dans son exécution et plus sûr dans ses résultats.

M. Michaux coupe donc toute la partie du kyste qui se trouve à l'extérieur, et quant à la poche restante, qu'on ne peut songer à séparer et qui mesure environ la largeur de deux paumes de main, *il l'unit aux lèvres de la plaie* par un grand nombre de points de suture métallique entrecoupée. Cette poche est rem-

plie de boulettes de charpie. Un mois après la malade était guérie.

La conclusion à tirer de ceci, c'est qu'il faut s'attendre aux incidents les plus imprévus lorsqu'on pratique l'opération de l'ovariotomie.

Une précieuse découverte pour la thérapeutique.

Si M. le Dr Callender, de Saint-Bartholomew's Hospital, n'est pas tombé sur une série de cas exceptionnellement heureux, on peut dire qu'il vient de faire une découverte bien précieuse dont lui sauront gré les nombreux malades qui sont affectés d'*abcès froids*. Le moyen est des plus simples ; il ne consiste pas à faire disparaître la collection purulente quand elle existe, mais il empêche la reproduction du pus, après l'ouverture de l'abcès. Voici le procédé de M. Callender, tel qu'il est décrit dans le ***British medical Journal*** :

Après avoir évacué le pus de l'abcès froid par une incision qui permet d'y introduire l'index, on y introduit la canule d'une seringue ordinaire remplie d'eau phéniquée tiède (1 d'acide pour 20 d'eau). Avec les doigts de la main gauche, on maintient les bords de l'ouverture sur le bec de la canule, de manière à empêcher le liquide de s'écouler, et on pousse lentement l'injection. Si une seule seringue ne suffit pas, il faut obturer l'ouverture avec le doigt ; faire remplir la seringue de nouveau et continuer l'injection jusqu'à ce que le sac soit modérément distendu et que l'on soit persuadé que toutes les parties aient été bien baignées par le liquide ; on laisse enfin celui-ci s'écouler lentement. On lave ainsi la cavité de l'abcès plusieurs fois : le liquide qui s'en échappe en dernier lieu ne doit plus être souillé de pus. Un tube à drainage, plongé préalablement dans la solution phéniquée, est alors introduit dans la plaie et maintenu par un fil ; on fait enfin un pansement phéniqué ordinaire, revêtu d'un tissu imperméable.

Dès le lendemain, il n'est plus sécrété de pus par la cavité de l'abcès ; une faible quantité de liquide séreux suinte seule de ses parois. Les jours suivants, l'on renouvelle l'injection phéniquée si l'écoulement est devenu purulent, ce qui ne survient que lorsqu'il existe une cause d'irritation aiguë, telle qu'une portion d'os nécrosée ou un corps étranger. Les parois de la poche puru-

lente se rétractent assez rapidement : il faut, chaque jour, diminuer la longueur du tube à drainage, afin que, par son extrémité profonde, il n'irrite par la paroi. Bientôt, il ne reste plus qu'une fistule, qui se tarit à son tour.

Le Dr Callender rapporte trois observations d'abcès traités par ce procédé. Deux abcès lombaires volumineux, de cause vertébrale, on été guéris en quelques semaines ; de même qu'un abcès péri-néphrétique produit par un calcul rénal. Dans tous ces cas, la suppuration a été très-rapidement suspendue.

Lorsqu'il y a fistule et que la poche fournit du pus, on peut avoir recours au même procédé.

M. Callender est tellement convaincu de l'efficacité de ce traitement et de l'action spéciale de l'acide phénique sur la sécrétion du pus par la poche, qu'il conseille d'avoir également recours à la *distension de la plèvre* par les injections phéniquées après l'opération de l'empyème. D'après le savant chirurgien anglais, l'acide phénique préviendrait le retour de la suppuration dans la plèvre comme dans les abcès froids.

Il est inutile d'insister sur les dangers que font courir aux malades les abcès froids d'un certain volume. Il est donc évident que nous sommes en possession d'un excellent moyen de traitement si celui que préconise M. Callender réussit entre les mains des chirurgiens français comme entre les siennes.

Traitement des ulcérations superficielles du col de l'utérus.

Dans le cas d'ulcérations superficielles, M. Gallard, médecin de la Pitié, introduit un crayon d'iodoforme dans le col et l'y maintient à l'aide d'un tampon d'ouate. Pour préparer ces crayons on prend de l'iodoforme en poudre et on en fait une pâte au moyen d'un mucilage de gomme. On fait des cylindres de 4 cent. de longueur, contenant chacun un gramme d'iodoforme ; on les sèche à l'air et on les conserve dans un flacon à l'abri de la lumière.

Moyen facile d'employer sans inconvénients l'huile de croton.

Dans la séance du 3 janvier 1877, la *Société de thérapeutique* a entendu la lecture d'une note de M. Limousin sur des crayons à l'huile de croton qu'il a préparés afin d'éviter la diffusion de l'huile sur la peau. M. Ladreit de la Charrière utilise ces crayons

dans le traitement de la teigne tonsurante. Ils ont la forme d'un petit cylindre de 8 à 9 millimètres de diamètre. Ils sont recouverts d'une feuille d'étain pour éviter la volatilisation. Voici leur formule :

℞ Beurre de cacao.	1 partie.
Cire blanche.	1 —
Huile de croton..	2 —

Des crayons fabriqués depuis sept mois ont produit, dans le service de M. Jules Simon, une irritation aussi vive que ceux qui venaient d'être préparés la veille.

Nous avons eu un de ces crayons entre les mains ; il peut être placé comme un porte-nitrate dans un compartiment de trousse. Il nous a paru avoir encore l'immense avantage de ne point salir les doigts et de pouvoir être employé par le premier venu.

Dr Fort.

Formules.

1o Formule pour couper rapidement la blennorrhagie uréthrale :

Prendre tous les jours un bain tiède de *deux* ou *trois* heures de durée.

Lorsque, grâce à leur action, la blennorrhagie sera mûre, cesser les bains et prendre, pendant dix jours, trois fois par jour, quatre ou cinq capsules d'essence de santal jaune.

2o Contre la blennorrhée :

Faire, trois jours de suite, une injection avec :

℞ : Eau distillée.	50 grammes.
Nitrate d'argent	5 centigrammes.

Douze heures après la dernière, commencer à en faire trois fois par jour avec :

℞ : Eau distillée	250 grammes.
Sous-acétate de plomb liquide.	ãã 4 grammes.
Eau-de-vie camphré.	ãã 4 grammes.
Laudanum de Sydenham . . .	ãã 4 grammes.

Les continuer pendant huit ou dix jours.

3o Topique contre les plaques muqueuses de l'arrière-gorge :

Prescrire au client de porter lui-même, plusieurs fois par jour, sur les endroits malades le bout de son doigt indicateur chargé du mélange suivant :

℞ : Miel commun.	20 grammes
Sublimé.	2 décigrammes.

4° Pilules ferro-hydrargiriques :

℞ : Hydrargyre cru	ãã 15 décigrammes.
Fer réduit	
Miel	3 grammes
Gomme adragante	Q. S.

Pour 60 pilules dont on prend deux ou trois par jour.

Cette excellente formule de Lepetit aura fréquemment son indication chez les syphilitiques, à la période prodomique; qu'elle dispense de prendre isolément et des médicamente ferrugineux et des médicaments hydrargyriques.

(*Diday et Doyon.*)

Pilules toni-fébrifuges, (J. Mousnier).

℞ : Extrait de quinquina jaune . . .	10	grammes
Poudre de rhubarbe.	10	—
Arseniate de fer	1	—
Fer réduit	4	—
F. S. ar.	100	pilules.

Dose, 2 à 4 pilules par jour.

Employées avec succès contre les fièvres paludéennes rebelles à toutes médications, et aussi contre l'atonie consécutive aux fièvres intermittentes.

De l'action d'un arséniate de fer naturel.

A côté des observations déjà publiées, on peut placer l'observation suivante recueillie par le Dr Lecoconnier :

« Constance S.,., âgée de 19 ans, réglée à 14 ans, a continué depuis à voir ses règles régulières en quantité, mais de couleur pâle. Au moment de ses époques, elle a des maux de tête et des vomissements ; selles normales et régulières ; appétit languissant. Rêves et rêvasseries. Bruit de souffle à la pointe et au premier temps. Souffle dans les vaisseaux du cou, avec renforcement. Muqueuses toutes décolorées. Flueurs blanches abondantes.

Pendant sept mois, elle est soignée au bureau de bienfaisance, par le vin de quinquina, les pilules de Vallet à la dose de deux par jour, ou du sirop d'iodure de fer. Tout cela en pure perte, l'état antérieur persiste. Le 7 juin, je commence l'usage des dragées de la Dominique, à la dose de deux par jour, excepté pendant les règles, où on les cesse, pour ne continuer que le vin de quinquina, que je continue à donner en même temps. Le 9 juillet, les maux de tête sont plus considérables et plus fréquents, mais le temps est orageux et la malade est très-sensible

à l'état électrique de l'atmosphère. Le souffle persiste au cœur et dans les vaisseaux du cou; mais les digestions sont meilleures, la force plus grande, les conjonctivites moins pâles. Le 30, le souffle existe à peine au cœur, nul dans les carotides. Pas de flueurs blanches depuis quinze jours. Bon appétit; sommeil excellent, sans rêves. La malade prend goût à la viande, qu'elle détestait auparavant. La coloration des muqueuses est à peu près normale. Les maux de tête ont disparu. la malade a pris cent dragées de la Dominique. »

M. le Dr Lecoconnier fait ressortir l'action de ces dragées, mais il nous semble que la démonstration, pour être complète, eût nécessité la suppression du vin quinquina. Nous lui signalons ce point en l'invitant à continuer son expérimentation.

M. le Dr Wittmann nous adresse du Val-d'Ajol l'intéressante communication suivante :

« Le nommé S..., âgé de 42 ans, d'un tempérament lymphatique, est atteint de pleuro-pneumonie. Après trois semaines de traitement, le malade entre en convalescence; mais il se trouve dans un grand état d'anémie. Cet état morbide se complique subitement d'une fièvre intermittente, assez commune d'ailleurs dans nos pays. Le sulfate de quinine, administré pendant quinze jours et à doses variées, toujours assez fortes, ne me donne que des résultats insuffisants. Le type de la fièvre change, mais la fièvre persiste. Sur ces entrefaites, je crois devoir prescrire des dragées de la Dominique. Soixante dragées (une boite) amènent rapidement un mieux sensible. Après une seconde boite, le malade était délivré de sa fièvre, et l'état anémique se modifiait. Cette modification était même si rapide que la guérison ne tarda pas à être complète. Un régime substantiel avait complété d'ailleurs ce qu'on pouvait demander à la thérapeutique. »

Le résultat obtenu par M. Wittmann ne nous surprend pas, puisque l'eau de la Dominique de Vals est toujours prise avec succès dans les fièvres intermittentes (fièvres d'Algérie, etc).

La communication que M. le Dr Paget (d'Arbois) nous adresse confirme aussi les succès obtenus par l'eau de la Dominique dans les affections de la peau et dans le traitement des plaies :

« Mme X..., âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, était atteinte depuis deux ans d'un eczéma du dos des mains qui faisait son désespoir. Tout avait été employé contre cette affection rebelle (sulfureux, arséniate de soude, liqueur de Fowler, etc., etc.), et jamais la moindre amélioration n'avait été obtenue.

Je la mis au traitement par les dragées de la Dominique, à la dose de huit par jour. Un changement manifeste ne tarda pas à

se produire. La marche de l'eczéma se trouva bientôt enrayée. Tous les jours on la voyait s'éteindre, pour ainsi dire, à vue d'œil. Au bout d'un mois de traitement, l'eczéma disparut pour ne laisser après lui, comme traces, qu'un épiderme un peu hypertrophié. Aujourd'hui les deux mains sont guéries; mais, par précaution, dans la crainte d'une récidive, je tiens à faire continuer encore quelque temps l'emploi des dragées de la Dominique. »

Nous terminerons cette petite revue par les observations que nous communique M. le Dr Berthelot (de Chamborigaud). Ce praticien s'est servi fréquemment des dragées arsénico-ferrugineuses de la Dominique de Vals. Il en a obtenu de très-bons effets. notamment dans les cas de chlorose chez les jeunes filles, surtout lorsqu'il y avait des troubles du côté de la menstruation et toux avec essoufflement, mais sans lésions aux poumons. Les dragées arsenicales de la Dominique ont pleinement réussi entre les mains de notre confrère, chez deux enfants atteints d'affections herpétiques chroniques, liées à un tempérament lymphatique.

« Somme toute, dit le Dr Berthelot, les dragées de la Dominique représentent un médicament sérieux, d'autant plus précieux que la forme des dragées le fait facilement accepter par les enfants et les jeunes filles les plus délicates. »

Le traitement des maladies cutanées par les lotions d'eau de la Dominique et par l'ingestion des dragées de la Dominique est un traitement digne de l'attention des praticiens; et, en nous référant aux résultats déjà obtenus par les simples lotions d'eau de la Dominique, nous croyons à l'avenir du traitement *simultané* que nous recommandons.

DIVERS

— *Symptômes insolites dans un cas de pleurésie.* — M. Balzer, interne des hôpitaux, a présenté à la Société de biologie, 27 janvier 1877, les pièces anatomiques d'un sujet mort de pleurésie.

Il s'agit d'un malade du service de M. Lépine à l'Hôpital Temporaire, ayant présenté tous les symptômes physiques d'une pleurésie avec épanchement considérable à droite, avec cette restriction, qu'il existait de la bronchophonie, et une augmentation des vibrations thoraciques au niveau de l'épine de l'omoplate et dans la partie supérieure de la fosse *sous*-épineuse, bien que la matité remontât *au-dessus* de l'épine.

A l'autopsie, on a trouvé la raison de cette particularité insolite: en effet, il existait précisément dans la partie correspondante à l'épine, une adhérence très-ancienne et extrêmement

solide des deux feuillets de la plèvre, dans une étendue de 4 centimètres carrés environ. C'est évidemment par là que se transmettaient les vibrations vocales à la paroi thoracique. Comme d'ailleurs, le poumon était affaissé à cause de l'épanchement, la matité ne manquait pas à ce niveau.

M. Lépine insiste sur ce fait, qu'elle prouve la différence qu'offrent les adhérences au point de vue de la transmission des vibrations thoraciques, suivant qu'elles sont anciennes ou récentes. On sait, en effet, que dans ce dernier cas, elles mettent obstacle à la transmission des vibrations, probablement parce que dans les mailles lâches du tissu conjonctif qui les forme il reste de la sérosité. On comprend, au contraire, que des adhérences anciennes, solides, conduisent parfaitement les vibrations des grosses bronches à la paroi, à travers une partie du poumon condensé.

Cause rare de phlegmasia alba dolens. — Nous engageons nos confrères à lire avec attention le résumé de cette observation très-instructive ; elle démontre entre autres choses importantes une cause possible d'oblitération vasculaire dans la fièvre typhoïde.

Une jeune fille entre dans le service de M. Dumontpallier, à une période avancée de la fièvre typhoïde, avec une large eschare au sacrum.

Au bout de quelques jours, elle fut prise d'une *phlegmasia alba dolens* d'un des membres inférieurs. On vit bientôt le membre inférieur du côté opposé se prendre à son tour et gonfler. L'eschare fit des progrès, la malade tomba dans une cachexie profonde et succomba. M. Dumontpallier rechercha alors si l'eschare ayant atteint le sacrum n'aurait pas pu provoquer une phlébite comparable aux phlébites utérines, dans les veines osseuses, d'où le caillot remontant progressivement par les branches de la veine hypogastrique jusque dans cette dernière aurait fini par atteindre la veine iliaque primitive. Or, cette hypothèse se trouva vérifiée de tous points, et on trouva *dans les veines osseuses et dans les racines de l'hypogastrique une phlébite véritable* avec caillots bien plus anciens que dans la veine crurale, la première oblitérée.

— *Un corps étranger de la vessie.* — Un homme de 70 ans se présente à M. Nicaise, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, pour calmer des démangeaisons sans doute, s'était introduit une tige de froment encore verte, et longue de 17 centimètres, dans le canal de l'urèthre. Mais la paille, ayant été lâchée, fut absorbée par le canal et introduite dans la vessie. Il y eut d'abord de la douleur et du ténesme, puis de la cystite, M. Nicaise introduisit le lithotriteur à cuiller ; il trouva le corps

étranger, quoique celui-ci ne rendît aucun son particulier, il serra les mors de l'instrument et retira facilement une tige de 17 centimètres ayant conservé sa forme, sa consistance et sa couleur, mais possédant déjà quelques concrétions calcaires, analogues à celles qui se forment sur les corps étrangers vésicaux, quoique l'accident ne remontât pas à une dizaine de jours.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 26 mars 1877, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert du jeudi 22 février au samedi 10 mars, à trois heures.

— M. le Dr Andrieu, chirurgien-dentiste des hôpitaux à Paris, ayant adressé au Sénat une pétition concernant l'exercice de la profession de dentiste et l'enseignement de cet art, sa pétition a eu les honneurs du renvoi aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique. M. Andrieu demande qu'une loi spéciale dispose que nul ne puisse à l'avenir exercer la profession de dentiste s'il n'est reçu docteur en médecine, ou tout au moins officier de santé.

— M. le Dr Camuset a également adressé une lettre à la réunion des médcins législateurs, dans laquelle il les prie de réprimer l'exercice illégal de la médecine en oculistique. Voici la proposition.

« Sont considérés comme exerçant illégalement la médecine, les opticiens et les marchands de lunettes qui prennent, sur leurs enseignes et leurs prospectus, la qualification d'*oculistes*, et cherchent par ce moyen, à abuser le pubic sur la nature des services qu'ils peuvent lui rendre. »

— Un docteur en médecine, possédant une bonne clientèle à 13 kilomètres d'une grande ville, dans un des départements avoisinant la Gironde et se faisant annuellement 8,000 fr. de revenu, désire céder sa place. S'adresser aux bureaux de *Paris médical*.

— *De la phthisie des singes*. — M. Bochefontaine a pratiqué l'autopsie de neuf singes morts au Jardin d'Acclimatation et n'a trouvé que des lésions de bronchite généralisée, mais aucune trace de tuberculose; l'un d'eux avait une pneumonie, franche, probablement caséeuse. Il semble donc que les singes ne meurent pas phthisiques à Paris.

M. Bert fait observer, à cette occasion, qu'il a cependant remarqué depuis longtemps que tous les gardiens des singes au Jardin des Plantes meurent phthisiques. (Société de biologie).

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 8. 22 Février 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 21 février 1877.

Voici une nouvelle qui a justement ému une bonne partie du corps médical parisien : *Un médecin aliéniste de la Salpêtrière, âgé de 73 ans, demande, pour raison de santé, qu'on lui donne un médecin adjoint de son choix.* Or, il paraîtrait que l'adjont désiré, médecin fort distingué et fort bien élevé du reste, ne se trouve nullement dans les conditions requises pour être appelé à diriger un service à la Salpêtrière. Il n'appartient par aucun côté à la classe des médecins aliénistes et ne s'est jamais occupé d'aliénation mentale, ce qui n'empêche pas qu'il est hautement patronné. Voilà ce que l'on raconte, mais on ne dit pas le nom du jeune médecin que M. Delasiauve voudrait attacher à son service.

Pourquoi créer des médecins adjoints ? M. Delasiauve a 73 ans, il est fatigué et il désire le repos. Qu'il le prenne complètement, c'est un désir bien légitime. Son successeur ne sera pas dificile à trouver. Il y a plusieurs médecins à Bicêtre qui attendent depuis plus de dix ans une place vacante à la Salpêtrière.

L'administration de l'Assistance publique désigne ordinairement, c'est la tradition, par rang d'ancienneté, un médecin de Bicêtre pour occuper une place devenue vacante à la Salpêtrière.

La *Société médicale des hôpitaux*, instruite du projet de M. Delasiauve, s'est élevée contre la nomination de médecins adjoints et plusieurs membres ont justement réclamé le rétablissement du concours pour les médecins aliénistes.

Le concours, voilà le cri unanime. Sous un régime répu-

blicain, on ne comprend pas comment on ne l'applique pas à toutes les nominations. La presse médicale n'a qu'une voix pour réclamer le rétablissement des concours.

Un journal cependant, le *Progrès médical*, n'a pas dit encore son mot sur la question ; nous en sommes étonné, d'autant plus que cette feuille, toujours si bien informée, ne manque jamais à la première occasion, de crier à l'abus, à l'injustice. Tout dernièrement encore, on pouvait lire dans ce journal qu'il avait été souverainement injuste d'avoir nommé des bibliothécaires et des sous-bibliothécaires à la Faculté sans avoir averti le public médical, afin que chacun pût faire valoir ses titres. Il est probable que dans son prochain numéro, le *Progrès* ne manquera pas de dire à ses lecteurs ce qu'il pense des médecins aliénistes adjoints en projet et qu'il demandera qu'on informe le public *afin que chacun puisse faire valoir ses titres*.

Nous dirons avec notre excellent confrère le Dr Le Sourd : « Une occasion nouvelle se présente. Nous n'hésiterons donc pas à demander le rétablissement de ce concours spécial. Nous pensons qu'il y a urgence, car deux vacances très-prochaines sont annoncées à la Salpêtrière. Nous formons des vœux ardents pour que la Société médicale des hôpitaux et la Réunion des médecins législateurs obtiennent rapidement gain de cause sur ce point auprès des pouvoirs publics. »

— L'*Académie de médecine* a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. M. Luys a été nommé au premier tour de scrutin à une belle majorité, 54 voix sur 77 votants. On ne peut que féliciter l'Académie de s'être associé un savant du mérite de M. Luys, si connu par ses travaux sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie cérébrales.

M. Panas a fait une communication sur la paralysie du nerf cubital. (Voir plus loin).

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Rétroversion irréductible de l'utérus; opération grave; guérison.

Cette intéressante observation a été communiquée à la Société

de chirurgie de Paris par M. Kœberlé, le 24 janvier 1877. Il s'agit d'une rétroversion irréductible de l'utérus ayant amené par la compression de l'intestin un arrêt complet des matières fécales accompagné des symptômes ordinaires de l'obstruction intestinale, guérie par la gastrotomie. L'utérus fut redressé en passant le doigt par l'ouverture faite à la paroi abdominale, et les accidents cessèrent. Profitant de l'incision déjà faite, le chirurgien fixa un des ligaments larges dans la plaie, dans le but d'obtenir la fixation de l'utérus à la paroi. Il obtint en effet la guérison complète. Il avait sacrifié un ovaire sain, mais, dit-il, il n'eut pas agi ainsi si l'ouverture du ventre n'avait été déjà faite pour une opération d'absolue nécessité. Il s'élèverait au contraire violemment contre une opération de ce genre faite d'emblée pour redresser un utérus infléchi.

Les cas dans lesquels il faut recourir à une opération aussi radicale se présentent bien rarement. Nous comprenons même difficilement une rétroversion irréductible en dehors de l'état de grossesse, et l'auteur de l'observation ne parle pas de grossesse. Notre étonnement a été profond de voir qu'aucun membre de la Société de chirurgie n'a pris la parole à l'occasion de cette communication. Comment un utérus, qui a pu être réduit en passant le doigt par la plaie abdominale, n'aurait-il pas pu l'être par le rectum? De deux choses l'une, ou l'enclavement était véritable et le doigt formant crochet, ne pourrait pas ramener l'utérus en avant ou il était faible et la réduction pourrait être faite par le rectum. Dernièrement, nous nous sommes élevé contre ces haut faits de la chirurgie, et nous ne conseillerons pas à un chirurgien de fendre l'abdomen d'une femme pour lui réduire un utérus en rétroversion. Il y a beaucoup de moyens à tenter avant de recourir à cette extrémité. La malade est guérie de cette grave opération; tant mieux, car elle peut se vanter d'avoir couru un grand danger.

Pour l'édification de nos lecteurs, nous sommes heureux de citer ici même l'observation fort intructive, quoique un peu ancienne, que notre distingué confrère M. le Dr Hamon, de Fresnay, vient de publier dans son journal *la Revue médico-chirurgicale*. C'est toujours une bonne fortune pour nous de pouvoir offrir à nos lecteurs en matière de gynécologie les réflexions d'un maître en obstétrique. Voici cette observation :

Rétroversion à deux mois et demi de grossesse.

Le 6 juillet 1861, une femme de la campagne, agée de trente-six ans, de constitution sèche et nerveuse, ayant eu une couche heureuse à trois ans de date, vint nous consulter pour des troubles dans l'urination, survenus inopinément au milieu de la nuit, et persistant depuis huit jours.

Le développement du ventre traduisait une grossesse de six mois. Or la malade ne se disait enceinte que de deux mois et demi.

La miction se faisait en petite quantité à la fois et goutte à goutte. Elle s'opérait mieux dans l'attitude verticale que daus la position accroupie,

En examinant les organes génitaux, nous constatâmes, à la partie postérieure de la vulve, une tumeur rosée, réductible. C'était une rectocèle.

Convaincu qu'il s'agissait d'une rétontion d'urine, nous nous armâmes d'une sonde de femme, et la fîmes pénétrer jusqu'au pavillon. L'algalie ne donna issue à aucun liquide.

Surpris d'un résultat aussi inattendu, nous procédâmes à l'exploration digitale. Dans ces manœuvres, le fond de la vessie se trouva soulevé, et, à notre volonté, il nous devint facile de déterminer, à diverses reprises, l'expulsion d'une petite quantité d'urine. L'insuccès du cathétérisme ne pouvait donc tenir qu'au défaut de pénétration du bec de l'algalie au sein du réservoir urinaire.

Nous prîmes une longue sonde en gomme élastique, que nous introduisîmes profondément dans l'organe. Dans ces nouvelles conditions, notre tentative réussit à souhait, et nous retirâmes quatre litres et demi d'urine.

La déplétion de la vessie opérée, nous explorâmes de nouveau l'organe, et nous constatâmes une rétroversion de l'utérus, dont nous opérâmes, ou du moins, dont nous crûmes opérer la réduction.

Assez peu expérimenté sur cet objet, à cette période de notre pratique, nous laissâmes la malade retourner à son domicile, en nous bornant à lui tracer quelques conseils. Deux jours plus tard, les mêmes accidents la contraignirent à revenir nous demander des soins.

Cette fois nous ne pouvions nous laisser surprendre. Nous plaçâmes la malade à l'hôtel, afin de la conserver quelques jours sous notre surveillance.

Un second cathétérisme nous permit d'évacuer trois litres d'urine. Une tentative de réduction, par la voie du vagin, ne

nous ayant pas réusssi à souhait, nous procédâmes de la façon suivante :

La malade, transversalement placée dans son lit, fut mise dans la position *a retro*, reposant, d'une part sur une épaule, d'autre part sur les genoux.

Nous ne saurions trop recommander une telle attitude, à laquelle nous devons également de beaux succès, dans notre pratique obstétricale.

La malade ainsi posée, nous introduisîmes l'index et le médius droits dans le rectum, nous efforçant, par une pression méthodique, de refouler le fond de l'utérus au-dessus du promontoire. Un craquement, perçu par les assistants, ne tarda pas à annoncer le succès de notre tentative.

Ce résultat obtenu, nous fîmes coucher la malade sur le dos, pour explorer la région hypogastrique, où nous relevâmes la présence du fond de l'utérus.

Le toucher digital nous fit voir, en même temps, que la tumeur, qui occupait naguère la concavité du sacrum, avait disparu, et que le col avait repris, au centre de l'excavation, la place qu'il y doit occuper, à cette époque de la gestation.

La malade fut tenue quelques jours au lit. Après ce délai, son état ne laissant plus rien à désirer, elle regagna son domicile. Nous avons appris depuis, que la grossesse a suivi son cours, et qu'elle a eu la solution la plus heureuse.

Traitement des plaies de l'urèthre.

Ces jours derniers, M. le Dr A. Petit soutenait une thèse ayant pour titre : *Considérations sur le traitement immédiat et consécutif des lésions de l'urèthre à la suite de chutes sur le périnée.*

Nos lecteurs voudront bien se reporter à l'article que nous avons publié dans le n° 1 de *Paris Médical*, 3e année, à l'occasion de l'observation si intéressante de rupture de l'urèthre, communiquée par M. Cras, de Brest, à la Société de chirurgie.

La lecture de l'excellente thèse de M. le Dr Alphonse Petit sera profitable à ceux qui voudront étudier la question des lésions de l'urèthre à la suite des chutes sur le périnée. La distribution méthodique du travail, le style simple et la conviction de l'auteur font de ce travail une monographie très-intéressante. Les lignes suivantes que nous extrayons du savant travail de M. Petit pourront être considérées comme le complément de notre article du 4 janvier 1877, sur le traitement des plaies de l'urèthre.

Dans les cas graves, dit M. Petit, des méthodes nombreuses ont été employées, et il est intéressant de suivre les différentes phases par lesquelles a passé ce traitement jusqu'à nos jours. —

Philips conseille le froid, les applications nombreuses de sangsues, et, le cathétérisme n'étant pas possible, la ponction hypogastrique. — Voillemier, au contraire, proscrit la ponction de la vessie dans les ruptures complètes. — Reybard ne se décide à faire de larges incisions que lorsqu'il y a suppuration. — Le Dr Notta tente le cathétérisme que M. Guyon, et avec raison, trouve dangereux. — M. Rochard dit qu'il faut pratiquer une incision médiane comprenant toute la longeur du périnée, diviser, couche par couche, jusqu'à la rupture de l'urèthre, pendant qu'on fait arriver un jet d'eau froide sur la plaie pour arrêter l'hémorrhagie et entraîner les caillots déjà formés et introduire ensuite la sonde dans le bout vésical pour laisser écouler l'urine. — Verneuil emploie l'incision; jamais il ne fait le cathéterisme. — Duplay ne fait des incisions que quand il y a infiltfation urineuse. — Lefort pense qu'il y a des cas où l'on peut employer le cathétérisme et la ponction de la vessie. — Trélat pense qu'il faut être très-réservé de l'incision périnéale; mais il reconnaît qu'elle est préférable à la ponction de la vessie. On sait, en effet, combien est rapide la cicatrisation des plaies du périnée. — Giraldès, suivant le procédé de Roux, ponctionne la vessie à l'aide d'un trocart, évacue l'urine, puis introduit une sonde par la canule et pratique le cathétérisme de dedans en dehors en ramenant ta sonde d'arrière en avant par le col de la vessie et la portion supérieure de l'urèthre, jusqu'à la plaie périnéale.

Nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur de ces divers procédés; cependant, s'il nous était permis de le faire, en considérant le résultat récemment obtenu par M. le Dr Cras, nous donnerions la préférence à son procédé.

Opération. — Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, un cathéter introduit jusqu'à l'obstacle et maintenu verticalement par un aide, on fait sur toute l'étendue de la tumeur sanguine une incision, en se tenant strictement sur la ligne médiane. Cette incision part généralement de la racine des bourses et s'arrête à 2 centimètres en avant de l'anus. La peau, le tissu cellulaire divisés, on découvre l'aponévrose superficielle que l'on incise dans la même étendue. On tombe alors dans le foyer sanguin que l'on vide de ses caillots et que l'on éponge avec soin. Les bords de la plaie bien écartés et maintenus par des érignes, il est souvent facile d'apercevoir le cathéter à nu au niveau de la déchirure, quelquefois il apparaît même complétement à découvert dans l'étendue de 3 à 4 centimètres. Le chirurgien plonge alors le doigt indicateur gauche au fond de l'incision et l'applique autant que possible au niveau de la plaie de l'urèthre.

Le cathéter est retiré et remplacé par une sonde molle que l'on essaie de faire pénétrer dans la vessie à l'aide de l'index qui est resté en position. Rarement on réussit de cette façon; il faut alors aller à la recherche du bout postérieur et essayer d'introduire par la plaie un stylet dans le réservoir urinaire; c'est ici qu'est le temps le plus important et en même temps le plus difficile de l'opération. Il est nécessaire de ne rien négliger qui puisse mettre sur la voie, car c'est au milieu de tissus contus, déchiquetés, baignés par le sang que se pratiquent les recherches. On se tient le plus possible sur le plan médian et, en tâtonnant, on réussit quelquefois. Si le malade n'est pas anesthésié, on lui recommande, ainsi que le conseille M. Gosselin, de faire des efforts pour uriner, le point par où s'écoule l'urine étant, dans quelques circonstances, très-utile pour retrouver l'ouverture du bout vésical. Une fois le stylet dans la vessie, rien n'est plus facile, en s'en servant comme conducteur, que de glisser une sonde en caoutchouc dans le réservoir urinaire. On lui fait après parcourir la portion pénienne du canal d'arrière en avant par le procédé de M. Gosselin. Un long stylet, poussé par le méat jusqu'à la plaie, est suffisant pour remplir l'office de conducteur et faciliter cette dernière manœuvre. Comme la sonde qu'on place dans l'urèthre est destinée à rester à demeure, il est préférable de se servir d'une sonde ouverte aux deux bouts, afin d'en assurer le renouvellement sans difficultés.

Complications pendant l'opération. — Outre la difficulté de la recherche du bout postérieur, que nous venons d'exposer, on observe encore, pendant le cours de cette opération, un autre accident, l'hémorrhagie. Celle-ci est fréquente, car on est obligé, avant d'arriver sur l'urèthre, de sectionner la portion spongieuse et des artères plus où moins volumineuses du bulbe. Suivant la nature des vaisseaux intéressés, l'écoulement de sang se fera en nappe ou en jets saccadés. Les réfrigérants auront le plus souvent raison de l'hémorrhagie veineuse; quant aux hémorrhagies artérielles, il faut, si l'on peut les découvrir, tordre ou lier les artères sectionnées, sinon il faudra recourir au tamponnement et à la compression; et, le sang arrêté, poursuivre l'opération.

Traitement consécutif. — On ne saurait trop insister sur ce point. Il faut recommander avec soin à tout convalescent dont le canal de l'urèthre a été plus ou moins lésé à la suite d'une chute sur le périnée de se sonder lui-même, s'il le peut toutes les semaines, et de se faire faire tous les ans, ou plutôt tous les six mois, une ou deux séances de cathéter Béniqué. Peu de malades, sans doute, voudront s'astreindre à prendre cette habitude, mais nous pensons que ceux qui voudront s'y soumettre en tireront de

grands avantages et se mettront à l'abri des accidents souvent funestes qu'entraînent les rétrécissements du canal de l'urèthre, et souvent aussi l'opération de l'uréthrotomie interne.

Si ces lésions de l'urèthre, suivies déjà de rétrécissement, se compliquent de fistules urinaires, on aura recours aux divers traitements employés en pareille circonstance.

La première indication à remplir est de combattre par les moyens ci-dessus indiqués les rétrécissements qui ont donné naissance à ces fistules ou les entretiennent. Souvent la fistule disparaîtra avec la guérison du rétrécissement ; si elle persiste, on aura le choix parmi les moyens ordinaires, c'est-à-dire l'incision, l'excision, la cautérisation, les injections caustiques ou la suture.

On devra, croyons-nous, tenter d'abord, comme moyen le plus simple, des injections irritantes soit avec la teinture d'iode, soit avec l'eau alcoolisée ou le vin aromatique. Si la cicatrisation se fait trop longtemps attendre, on pourra employer la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le thermo-cautère. Enfin, le débridement associé à ces diverses cautérisations parviendra à faire disparaître les fistules rebelles. L'excision et la suture sont la plupart du temps inefficaces et aujourd'hui presque complètement abandonnées.

Notes sur l'action de l'acide salicylique.

Ces notes, prises à la Société de thérapeutique, forment un complément important de la clinique de M. Sée, que nous avons publiée l'autre jour sur l'acide salicylique.

Dans la séance du 13 novembre 1876, MM. Gubler et Gueneau de Mussy ont rapporté quelques faits intéressants relatifs à l'action de l'acide salicylique.

M. Gubler croit qu'il est bon de ne pas oublier, aujourd'hui que les applications de l'acide salicylique se multiplient, que ces applications sont les mêmes que celles de la salicine il y a quarante ans. La salicine donne d'ailleurs de l'acide salicylique en s'oxydant. M. Gubler a essayé la salicine dans le rhumatisme articulaire aigu et dans les fièvres; il a choisi des cas légers, car il n'a pas l'habitude de livrer des maladies graves à l'action de remèdes nouveaux.

Avec 4 grammes il a obtenu peu de chose ; un de ses malades a vomi et a eu de la diarrhée. La salicine est agressive pour le tube digestif. Avec une dose de 2 grammes en 4 paquets, on trouve beaucoup d'acide salicylique dans l'urine ; avec 4 grammes

l'urine devient violette comme de l'encre sous l'action du perchlorure de fer.

Tout d'abord on note un précipité blanc albumineux grisâtre. Si l'on ajoute une faible proportion de réactif on n'observe rien autre. Avec une forte proportion, la teinte violette apparaît puis il se forme un précipité violacé qui peut disparaître mais qui revient si l'on ajoute du perchlorure.

M. Gubler ignore quelle est au juste la nature de ce précipité, mais il pense qu'il y a là un chlorure double de fer et de salicine

On ne saurait admettre qu'il se forme un salycilate de fer, car quand l'acide salicylique est éliminé, au bout de trois jours on obtient ce même précipité; l'acide chlorhydrique le fait disparaître. M. Gubler n'a pas trouvé la salicine plus active que l'acide salicylique.

M. Gueneau de Mussy a eu occasion depuis un an d'étudier assez souvent l'acide salicylique ; il a essayé ses effets antiseptiques. Chez un malade atteint depuis longtemps d'un catarrhe vésical, l'urine présentait une fétidité insupportable; en outre, on avait injecté dans la vessie de l'eau goudronnée et tiède. M. Gueneau de Mussy donna, sur le conseil de M. Guyon, 50 centigrammes, puis 1 gramme, puis deux grammes d'acide salicylique à l'intérieur. En quelques jours la fétidité de l'urine disparut.

M. Gueneau de Mussy l'a également employé dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la fièvre typhoïde : dans cette dernière maladie à titre d'antiseptique,

Dans le courant du mois dernier, chez quatre malades dont la température oscillait entre 39 degrés et 40 degrés avec eschares au sacrum, état comateux, langue sèche, l'acide salicylique a été prescrit. On donna une limonade au citron avec 10 gram- d'un sel alcalin et 2 grammes d'acide salicylique. Dès le lendemain, chez les quatre malades il y eut une amélioration notable, chez l'un d'eux le pouls tomba à 60.

Ces quatre malades sont aujourd'hui rétablis.

Chez un jeune homme au huitième jour d'une fièvre typhoïde avec une température de 40°,6 le soir et de 40 degrés le matin, avec coma, délire, il donna le salicylate de soude. Au bout de trois jours l'amélioration était évidente. Ce malade a guéri également.

M. Gubler est loin de contester tous ces faits; il regarde l'acide salicylique comme un antizymotique direct, mais c'est à la condition qu'on ne veuille essayer que les fermentations qui ont lieu dans les réservoirs; il n'y a point à y compter pour le sang. Dans la fièvre typhoïde, l'acide salicylique peut agir, mais il ne rend pas ici plus de services que d'autres agents souvent em-

ployés, la décoction de kina, par exemple, l'écorce de saule, l'acide phénique.

Si l'acide salicylique ne donne que cela, il ne prendra jamais un rang très-distingué dans la matière médicale. L'important pour l'avenir de ce médicament est de savoir s'il agit sur la température et sur le pouls.

La paralysie du nerf cubital.

M. le Dr Panas, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté, président de la Société de chirurgie, a fait la communication suivante à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 février 1877, sur une *cause peu connue de la paralysie du nerf cubital.*

En 1871, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie mes recherches sur la paralysie par compression du nerf radical. Ce travail avait pour but de démontrer que la paralysie dite *a frigore* n'était autre qu'une *compression* éprouvée par le nerf pendant le sommeil. Tous les travaux publiés depuis, sur le même sujet, n'ont fait que confirmer, ainsi que je l'exposais dans une autre occasion, ma manière de voir.

Aujourd'hui, je désire entretenir l'Académie d'un autre ordre de faits, concernant *la compression du nerf cubital.* A ma connaissance, les observations que je vais relater sont entièrement nouvelles et touchent à une question importante d'anatomie pathologique : celle de la *névrite paralytique* de cause locale.

A ce double point de vue, ces faits m'ont paru dignes d'attirer l'attention de la savante compagnie.

Je me bornerai à exposer sommairement les observations qu'il m'a été donné de recueillir sur la paralysie en question.

1° Dans le premier cas (jeune homme de dix-neuf ans, entré dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, en 1869), il s'agit d'une paralysie progressive du nerf cubital, par compression et altération de nutrition du nerf, au niveau du coude. Chose étrange! la cause de cette lésion n'était autre qu'un os sésamoïde, du volume d'un haricot, développé dans l'épaisseur du ligament latéral interne de l'articulation. Cet os, en s'accroissant, avait fini par rendre la portion attenante du nerf cubital, volumineuse, dure, douloureuse spontanément et au toucher, et par provoquer la paralysie des muscles situés au-dessous.

A la suite de l'extirpation de l'os sésamoide en question, que j'avais pris pour une exostose du crochet cubital, tellement il semblait faire corps avec le dernier os, il y eut arthrite suppurée du coude, terminée par la mort. L'examen histologique de la

portion renflée, et comme névromateuse du nerf paralysé, permit de constater l'existence, en ce point, *d'une névrite hyperplasique, à marche chronique*, provoquée, sans doute, par la présence du corps étranger, Cette névrite se caractérisait par une prolifération du tissu conjonctif du nerf, avec hyperémie, tandis que les tubes nerveux, fortement comprimés, et comme étranglés par la masse conjonctive néoplasique, avaient subi une diminution notable de leur volume, d'où aussi la paralysie, qui en a été la suite.

2° La seconde observation est relative à une lésion du nerf cubital, identique à la précédente, avec cette différence toutefois, que la cause de la paralysie était une ancienne fracture du coude, remontant à douze ans.

On sait, depuis longtemps, que les fractures de la trochlée humérale peuvent se compliquer parfois de paralysie du nerf cubital. Mais ce qu'on ignore absolument, c'est que cette paralysie peut se montrer, comme dans le cas présent, douze ans après la guérison de la fracture. Voici l'explication de ce fait, en apparence si étrange.

Par suite de la fracture de la trochlée et de la formation d'un cal volumineux, la gouttière intermédiaire à la trochlée et à l'olécrâne se comble, et le nerf, tiraillé et rendu superficiel, se trouve, par cela même,exposé à l'action des violences extérieures. Petit à petit, une névrite hyperplasique s'y développe, la portion correspondante du nerf devient noueuse, et la paralysie s'établit d'une façon lente, mais progressivement croissante. Chez ce malade, âgé de quarante ans et d'une constitution robuste, la paralysie et l'atrophie des muscles étaient parvenues à un degré très-élevé. Malgré cela, l'électrisation du membre (courants interrompus d'abord, puis courants continus) a procuré la guérison complète de la paralysie.

3° Notre troisième observation est relative à une paralysie progressive et très-grave du cubital, succédant également à une névrite chronique. Le tronc du nerf cubital était devenu noueux au-dessous du coude. La cause de ces accidents résidait en une compression, avec frottements rudes du nerf, pendant les quelques heures que l'individu, monté sur une barque et étant surpris par la tempête, ramait pour atteindre le rivage. C'est six mois plus tard que la paralysie cubitale commença à se manifester. Lorsque nous vîmes le malade, la paralysie datait de plus de deux ans; aussi le membre paraissait-il décharné. Six mois de traitement par l'électrisation et les douches froides guérirent cet état, et le malade put recouvrer tous ses mouvements.

La quatrième et dernière observation est un exemple d'une pa-

ralysie incomplète du nerf cubital produit par une augmentation du volume de la trochlée, avec effacement de la gouttière que parcourt le nerf. La cause de cette déformation du coude n'était autre qu'une arthrite sèche ou déformante de l'articulation huméro-cubitale. Ici encore, le nerf était devenu noueux et douloureux, aussi bien à la pression que spontanément.

En résumé, voici ce qui semble ressortir des faits relatés plus haut :

Par suite de causes diverses (développement anormal d'un os sésamoïde dans le ligament latéral interne du coude; fracture ancienne de la trochlée; compression fonctionnelle prolongée, déformation de la trochlée par arthrite sèche), le nerf cubital devient superficiel, se trouve exposé à des violences souvent répétées.

Sous l'influence de ces chocs, le nerf se prend d'inflammation chronique, devient comme névromateux, et une paralysie progressive se montre dans tous les muscles situés au-dessous, dans l'avant-bras et dans la main.

L'électricité constitue le moyen de traitement par excellence de cette névrite paralytique ; sous son influence, nous avons vu non-seulement les muscles paralysés revenir à leur état normal, mais encore le gonflement et l'induration du nerf disparaître à mesure.

Dans les cas, relativement rares, où une exostose ou toute autre production morbide devient la cause de la compression du nerf, on peut songer à pratiquer une opération ; à condition, bien entendu, que celle-ci n'expose pas à des dangers. Pour plus de sécurité, on procédera, alors, d'après les règles de la méthode antiseptique.

Une fois la paralysie et la névrite, qui en est la cause, guéries, il faut s'attacher à en empêcher le retour ; pour cela, nous avons eu le soin de faire porter aux malades une cupule métallique, destinée à préserver le nerf, devenu superficiel, de toute violence extérieure.

Traitement de la cystite catarrhale.

Nous extrayons de l'une des dernières leçons cliniques de M. le Dr Le Dentu, chirurgien des hôpitaux, suppléant M. le professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, ce qui a trait au traitement de la cystite catarrhale.

Modificateurs thérapeutiques pouvant être utilisés avec avantage pour combattre cette affection :—

Un moyen de premier ordre, applicable aussi bien à l'homme qu'à la femme, consiste dans la *pratique des injections vésicales à*

grande eau, que l'on effectue à l'aide d'une sonde à double courant. On emploie, à cet effet, l'*eau froide* ou l'*eau chaude*. L'*eau froide* est indiquée dans les cas d'atonie vésicale, en vue de tonifier les fibres musculaires. L'*eau chaude* convient, au contraire, lorsque la vessie est irritable et le siége d'une sensibilité exagérée. Cette balnéation de la vessie doit être répétée, selon le besoin, tous les jours ou tous les deux jours. On arrive ainsi à nettoyer le réservoir urinaire, et à modifier la muqueuse d'une façon très-avantageuse.

Dans ce dernier objet, diverses substances ont été utilisées. C'est ainsi qu'on a conseillé des injections effectuées avec une *décoction de feuilles de noyer*, d'*écorces de chêne*, avec de l'*eau blanche*, avec de l'*eau de goudron*. Ces dernières peuvent être tenues parmi les meilleures. Il est des personnes, cependant, qui les tolèrent très-mal. Il est donc bon d'en surveiller l'emploi. La même remarque est applicable à l'*eau de chaux*, qui n'est pas toujours bien supportée par la vessie.

Il est une autre série de modificateurs, dont l'action est plus énergique. Dans cette série se rangent les injections ayant pour principes actifs l'*alun*, le *sulfate de cuivre*, le *nitrate d'argent*. Cette dernière substance doit être employée avec de grands ménagements. Il convient de ne guère dépasser la dose de 0,05 à 0,10 centig. par injection de 250 gr. Cette médication substitutive doit être attentivement surveillée. Il faut, en effet, savoir s'arrêter à propos, car il pourrait devenir dangereux de dépasser le but que l'on se propose.

Il va de soi que, à l'état aigu, la cystite commande l'emploi des moyens antiphlogistiques.

Dans sa période subaiguë, et surtout lorsqu'elle est passée à l'état chronique, cette affection est efficacement combattue par l'usage interne des *balsamiques* et par l'application de la *méthode révulsive*. A ce dernier point de vue il convient de se garder de recourir aux *vésicatoires*. Nonobstant la précaution de les saupoudrer de camphre, ils n'ont que trop souvent tendance à exercer une action nuisible sur un organe qui a bien plus besoin de sédation que d'excitation. Un conseil aussi illogique est cependant donné par tous nos classiques. C'est une prescription que chacun répète comme une formule banale. Parmi nos auteurs les plus estimés, Civiale seul, tout en la reproduisant, établit quelques réserves.

Qu'on ne l'oublie pas : *il faut exclure les vésicatoires du traitement de la cystite*. Cette proscription est d'autant plus légitime, qu'il existe des dérivatifs non moins puissants, et qui ont pour avantage de n'exercer sur la vessie aucune action nocive.

Parmi ces agents, il faut citer la *teinture d'iode*, utilisée en

badigeonnage sur la région hypogastrique. Ce modificateur, si bénin dans son essence, agit quelquefois très-promptement et très-sûrement chez certains sujets, surtout chez les femmes.

Il est un autre révulsif très-puissant, en même temps que très-inoffensif; c'est *l'huile de croton.*

On en peut dire autant de la *pommade stibiée*, que Civiale conseille avec insistance.

Les frictions doivent être effectuées soit à l'hypogastre, soit à la région sacrée.

Dans les cas graves, il convient de recourir à la cautérisation ponctuée ignée.

Un dernier conseil : Lorsque, chez une femme atteinte de cystite, la guérison ne peut être obtenue par les traitements les plus divers et les plus rationnels, employés à l'adresse de l'affection vésicale, *il faut songer à une lésion quelconque de l'utérus.* C'est en dirigeant de ce côté les efforts de la thérapeutique que l'on peut arriver à un résultat favorable, en mettant en pratique le si judicieux précepte : *sublata causa, tollitur effectus.*

Un bon remède contre les brûlures.

Un bon remède contre les brûlures doit isoler complètement la plaie de l'air atmosphérique. en formant par-dessus une pellicule flexible, après une dessication rapide. Les préparations employées le plus fréquemment dans ce but jusqu'ici sont : le liniment oléocalcaire, le collodion, la mixture de Buck (mucilage de gomme arabique et de gomme adragante, additionnée de quantité suffisante de mélasse pour avoir la consistance du miel). Rice indique (*in Apoth. Zeitung*) la formule suivante, qui donne un produit remplissant toutes les conditions désirables. Ce remède n'est ni meilleur ni moins bon que que ceux nous connaissons. Il est bon de le faire connaître pour augmenter la liste des topiques à employer contre ces lésions de la peau.

On ramollit dans 1 litre d'eau froide 440 grammes de colle forte claire, brisée en menus morceaux; on achève ensuite la dissolution au bain-marie, on ajoute 60 grammes de glycérine et 22 grammes d'acide phénique; puis on continue à évaporer jusqu'à ce qu'il se forme à la surface une pellicule brillante. Par le refroidissement, le mélange se prend en une masse élastique qu'il faut liquéfier par la chaleur lorsqu'on veut s'en servir. On l'applique au moyen d'un large pinceau, et en moins de deux minutes on obtient une couche brillante, flexible et presque transparente.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les Dictionnaires, par M. P. Garnier, 12ᵉ année 1876. 1 vol. in-12, chez Germer-Baillère, 8, place de l'Odéon. — Prix : 7 fr.

Le livre et l'auteur sont tellement connus du monde médical qu'il devrait nous suffire de signaler l'apparition de la douzième année de cette importante publication. Cependant, nos confrères de l'étranger, que nous possédons en grand nombre parmi nos abonnés, ne sont peut-être pas tous édifiés sur la valeur de cet ouvrage, qu'on peut considérer comme le complément annuel de tous les ouvrages de médecine, de tous les dictionnaires et même des journaux.

Tous les faits nouveaux, toutes les acquisitions scientifiques sont prises par notre confrère, elles sont examinées, analysées, contrôlées, passées à l'étamine de la critique.M. Garnier a le talent d'intéresser le lecteur lorsqu'il traite des sujets arides et de rendre ceux-ci attrayants.

Parmi les sujets traités par notre savant confrère, nous signalerons surtout un article critique très-complet et très-remarquable sur les localisations cérébrales.

Ce que nous avons dit de cet ouvrage suffit pour faire comprendre qu'il doit être considéré par le médecin comme le complément annuel de ses acquisitions en librairie.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— Un jeune docteur en médecine, ayant fait de bonnes études, demande une place à appointements fixes dans une maison de santé, dans un établissement d'hydrothérapie ou dans une usine. S'adresser aux bureaux du journal.

— Excellente position à prendre à Charly-sur-Marne (Aisne), à deux heures de Paris, station et gare de Nogent-l'Artaud.

— *Prix de l'enseignement libre.* — Le concours pour ce prix (500 francs), fondé par M. Fort, aura lieu le lundi 5 mars, à 1 h. 1|2, dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, nᵒ 2. — Prière à nos collègues d'insérer.

— *Faculté de médecine.* — Les cours du semestre d'été commenceront le jeudi 15 mars.

— *Avis.* — Dans le prochain numéro nous commencerons la publication des *Régions motrices des circonvolutions cérébrales.*

Le Propriétaire-Gérant : Dʳ FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mʳ-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 9. 1er Mars 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. Clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy : Accidents de la syphilis tertiaire. — III. Régions motrices des circonvolutions cérébrales. — IV. INFORMATIONS, NOUVELLES. — V. BOITE AUX LETTRES.

Paris, 21 *février* 1877.

— *Académie des sciences.* Dans notre avant-dernier numéro, nous avons fait connaître la protestation de plusieurs membres de l'Académie des sciences au sujet de l'introduction du sulfate de cuivre dans les conserves de légumes et de fruits auxquels on désire conserver leur couleur verte, et nous avons fait remarquer que la dose inappréciable de cuivre ne devait posséder aucune propriété nocive. Les opinons les plus variées ont été émises relativement aux propriétés toxiques des sels de cuivre. M. Bergeron a remis la note suivante à l'Académie, séance du 19 février :

« Dans un mémoire couronné par l'Institut (prix Chaussier), nous avons dit et répété que, à petites doses, les sels de cuivre ne sont pas un poison. Si, poussant jusqu'à l'extrême les conclusions du Mémoire de M. Galippe, on prétend avec lui que les sels de cuivre, *vert-de-gris* ou autres, ne sont pas des poisons, *que personne ne s'est jamais empoisonné, que personne n'a jamais été empoisonné par le vert-de-gris*, appuyé sur l'expérience, sur l'observation des faits, sur l'opinion *unanime* de tous ceux qui, en France ou à l'étranger, se sont occupés de médecine légale, préoccupé des intérêts de la justice et de la santé publique, ne voulant point que l'on se croie désormais autorisé à laisser le vert-de-gris se mêler aux aliments, nous opposons, à une affirmation que nous croyons dangereuse, le démenti le plus absolu. »

En face d'affirmations aussi contradictoires, il faut remettre la question à l'étude et être très-réservé dans les appréciations.

— *Académie de médecine.* M. le professeur Verneuil poursuit avec persévérance l'étude de l'influence des maladies générales, des diathèses et de quelques maladies organiques sur le traumatisme. L'honorable professeur offre de

temps en temps à l'Académie un chapitre de cette pathologie générale nouvelle et très-intéressante. Dans la dernière séance, c'est le chapitre de l'*influence des affections cardiaques sur le traumatisme* que M. Verneuil a présenté à la Compagnie.

Les recherches de ce genre sont d'une époque toute récente. C'est à Marchal (de Calvi), à notre si regretté confrère, qu'il convient de les faire remonter. Il eut le bonheur de tomber sur un fait d'observation d'une grande importance et d'en montrer toutes les conséquences pratiques, c'est-à-dire l'influence du diabète sur la gravité de certains traumatismes. Il n'est pas un chirurgien, dit M. A. Latour, qui, aujourd'hui, ose porter le bistouri ou tenter la moindre opération sur un diabétique. Il n'est pas un chirurgien non plus, digne de ce nom, qui décide une opération sans avoir préalablement apprécié la composition des urines du malade. A M. Verneuil appartient l'honneur d'avoir poursuivi ces recherches sur d'autres éléments pathogéniques. Ses communications académiques sur l'influence de l'alcoolisme et du rhumatisme sur le traumatisme ont vivement appelé l'attention et sont considérées comme pouvant arriver à la connaissance d'une source précieuse d'information.

Le mémoire de M. Verneuil est d'un gros intérêt pratique et rentre tout à fait dans l'ordre des faits qui conviennent à l'esprit de *Paris Médical.* Aussi nous ne nous bornons pas, à l'exemple de la plupart des journaux de médecine, à citer les conclusions du mémoire que nous présenterons *in extenso* dans un de nos prochains numéros.

Après une communication des plus intéressantes sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, faite par M. Gueneau de Mussy, le savant médecin de l'Hôtel-Dieu, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, sur la *ligature de l'arcade palmaire superficielle.*

M. Guyon est partisan de la ligature des deux bouts de l'artère dans les blessures de la paume de la main. La recherche des deux bouts de l'artère blessée est facilitée par l'ischémie obtenue au moyen de la bande d'Esmarch et par la position des doigts qu'il faut maintenir dans l'extension complète. L'incision nécessaire pour découvrir le vaisseau doit être transversale et faire suite au bord interne du pouce

porté dans l'abduction la plus complète. Si l'artère ne se présente pas immédiatement après l'incision de l'aponévrose palmaire, il faut la chercher en suivant la face profonde des deux lambeaux. Tels sont les traits les plus importants, au point de vue pratique, de la communication de M. Guyon.

— *Société de chirurgie*. De nombreuses et intéressantes communications ont été faites dans ces derniers temps à la Société de chirurgie ; nous nous proposons d'en offrir la substance à nos lecteurs, aussitôt que nous aurons terminé notre étude sur les *régions motrices des circonvolutions cérébrales* dont nous commençons aujourd'hui la publication Dans notre prochain numéro, nous reviendrons sur l'important sujet du *traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée*, après avoir entendu M. Verneuil, qui doit prendre la parole sur ce sujet dans la prochaine séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — CLINIQUE DE M. HARDY.

Accidents de la syphilis tertiaire.

Il y a trois ans, Messieurs, cette femme jouissait encore d'une bonne santé. Elle n'avait guère eu pendant toute son enfance que quelques éruptions au cuir chevelu. Aujourd'hui vous la voyez débilitée, amaigrie, et en proie à des accidents dont nous devons rechercher la nature et la gravité. Son corps se couvrit il y a cinq mois, de nombreuses taches saillantes; il présenta, il y a deux mois, quelques boutons blancs, prompts à se dessécher et à se recouvrir de croûtes. Des saillies pleines et dures se formèrent. Elles s'ulcérèrent et enfin se dissimulèrent sous les croûtes. L'appétit, en même temps, diminuait; des douleurs empêchaient notre malade de dormir, douleurs qui siégeaient dans les jambes, dans la tête et dans les clavicules, particulièrement dans la clavicule gauche sur laquelle il nous a été permis de constater une tuméfaction très-accusée au début, mais maintenant disparue. A l'intérieur du nez, sur la cloison, nous avons vu de même des ulcérations qui, par l'effet de la médication, ont également disparu,

La lésion anatomique principale de cette maladie, dont nous avons à déterminer la nature, est la présence de certaines croûtes d'un caractère tout spécifique. Inégales, sèches et saillantes, quelques-unes ressemblent à de vrais coquillages. Si on les frappe avec l'ongle, elles rendent un bruit semblable à celui du

carton durci. Leur coloration est verdâtre. A côté de ces croûtes aplaties on en remarque d'autres qui se terminent en pointe. Toutes, répandues sur la tête, sur le front, sur les membres, sont entourées d'une auréole brunâtre. Les douleurs accompagnant l'éruption furent à peine marquées, et, à part une légère cuisson au début, la malade ne ressentit aucune démangeaison. Un autre caractère est à noter : nous avons soulevé quelques-unes de ces croutes, et nous avons trouvé au-dessous d'elles une ulcération d'un aspect grisâtre.

Ces manifestations cutanées ne pouvaient se rapporter qu'à trois maladies : à l'impétigo, à la scrofule ou à la syphilis.

Elles n'appartenaient pas à l'impétigo, puisque dans celui-ci les croûtes sont très-larges, très-aplaties, brunes quand le sang est extravasé, mais le plus souvent jaunes ou d'un vert clair.

La femme que nous examinons porte une cicatrice au cou, marque indéniable de la scrofule.

Avons-nous à soigner en ce moment un des accidents de cette maladie diathésique? Je ne le pense pas. Les croûtes seraient alors molles, faciles à enlever, grises ou noirâtres. On aurait aussi à observer des ulcérations à bords décollés et à suppuration sanieuse.

Il ne nous reste donc qu'à admettre l'existence de la *syphilis*. Les *croûtes* dans cette affection sont en effet stratifiées, verdâtres, sèches et inégales. Il n'y a ni douleur, ni démangeaison. De plus, dans le cas présent, nous avons eu des *douleurs ostéocopes* à la tête et aux jambes, et une *exostose* à la clavicule. Les *ulcérations* de la cloison du nez viennent s'ajouter à ces symptômes, et il ne nous resterait aucun doute désormais, quand même la malade ne nous aurait pas raconté qu'il y a trois ans elle avait été traitée par nous-même pour des ulcérations aux parties génitales et pour une éruption superficielle et généralisée, ayant cédé à un traitement par les pilules de Sédillot. Il s'agissait bien évidemment de manifestations syphilitiques secondaires.

Un point important de notre tâche est de fixer la période de la syphilis à laquelle appartiennent les croûtes que nous venons d'étudier. Eh bien! messieurs, le doute est en cela impossible, et la réponse est inévitable : c'est aux *accidents tertiaires* que doivent leur origine ces manifestations cutanées. C'est à une *syphilis ancienne*, à une syphilis évoluant sur un sujet âgé et débilité, que nous attribuons les lésions que vous avez observées. Mais il y a là une affection cutanée profonde; quel nom lui donnerons-nous? D'une part, sur cette femme, nous trouvons des croûtes larges comme une pièce de cinq francs; d'autre part, nous avons des croûtes larges comme une pièce d'un franc, ces croûtes ont été précédées par une ou plusieurs pustules, lesquelles appar-

tiennent à l'ecthyma; d'un autre côté, des pustules plus petites se sont réunies et se sont recouvertes de croûtes assez larges : nous désignerons ces plaques sous le nom de *croûtes pustulo-crustacées*. En outre, nous avons des ulcérations d'une origine tuberculeuse, qui sont masquées aussi par une croûte, mais qui ont été précédées d'une saillie dure: nous les regarderons comme des *syphilides tuberculeuses*. De telle sorte que nous sommes autorisé à distinguer dans cette syphilis tertiaire trois sortes de syphilides, souvent associées sur le même sujet : une syphilide pustuleuse, ecthymateuse; une syphilide pustulo-crustacée, et une syphilide tuberculeuse.

Le *pronostic* est assez mauvais. La syphilis à la période tertiaire peut être combattue, mais on n'est jamais certain de l'arrêter définitivement; les accidents sont sujets à reparaître à une époque plus ou moins éloignée. A la peau surtout, les récidives se produisent pendant plusieurs années. La malade que vous voyez a cinquante-trois ans. Elle a été infectée à l'âge de cinquante. C'est une circonstance défavorable. La syphilis est, en effet, plus grave chez les personnes âgées que chez les jeunes sujets, et, chez les premiers, elle se manifeste souvent sous la forme *maligne*. La puissance du mal s'accroît de la faiblesse de la constitution, et s'affirme par des rechutes plus fréquentes et plus graves

En administrant à notre sujet un *traitement mixte d'iodure de potassium et de mercure*, sous la forme de *Sirop de Gibert*, nous guérirons certainement les syphilides; mais nous devons nous aider de l'action des toniques et d'une bonne hygiène, conditions indispensables pour que notre médication spécifique produise de bons résultats. Et encore, ne sommes nous pas certain que des accidents ultérieurs ne se développeront pas et ne viendront pas démentir une guérison plus apparente que réelle.

D^r^ G.

RÉGIONS MOTRICES DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES

PAR LE Dr FORT.

L'étude du cerveau est depuis longtemps à l'ordre du jour. Philosophes, physiologistes, anatomistes, anatomo-pathologistes, tous ont voulu tracer le rôle de l'encéphale, décrire ses diverses fonctions. De nos jours, la question semble reprise avec plus d'ardeur et aussi avec plus de succès.

M. Broca, à la Société d'anthropologie, M. Charcot, au

grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, ont envisagé, à des points de vue différents, mais également importants pour la science, le rôle des diverses parties de l'encéphale. Le travail que M. Charcot vient de publier mérite d'être connu. (*Leçons sur les localisations cérébrales*, 1877, in-8°. chez Delahaye.) Les praticiens y trouveront d'utiles renseignements. Nul n'était plus à même que le savant maître de traiter la question si ardue *des localisations cérébrales dans les maladies*. Ses recherches constantes et ses leçons, qui ont fait de la Salpêtrière un grand centre d'enseignement clinique, se trouvent résumées dans ce travail.

Quant à nous, notre devoir était de faire comprendre à nos lecteurs ce qui, dans le cerveau, est directement en rapport avec la pathologie, et nous avons résumé, principalement au point de vue chirurgical, la partie de cette étude qui s'adresse à eux.

Nous adressons à M. le professeur Charcot nos remercîments sincères pour les figures qu'il a bien voulu mettre à notre dispositon et que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs.

Ceci dit, entrons en matière sur les *régions motrices des circonvolutions cérébrales*.

Ces régions sont généralement désignées sous le nom de *centres moteurs*, de *centres psycho-moteurs*. Selon nous, le mot centre ne donne pas à l'esprit l'idée d'un point déterminé de l'écorce cérébrale. Pourquoi dire *psycho-moteur*? On fait entrer dans la question un élément parfaitement inutile qui peut entraîner à des discussions stériles. L'important pour l'homme de l'art, auquel nous nous adressons, est de savoir s'il existe réellement à la surface du cerveau des *régions* qui président à des mouvements déterminés. On comprendra maintenant pourquoi nous aimons mieux dire *régions motrices de circonvolutions cérébrales*.

1° — Comment on est parvenu à découvrir ces régions. Un peu d'historique.

Jusque dans ces dernières années, on croyait que la substance grise et la substance blanche des circonvolutions cérébrales pouvaient être incisées, déchirées, détruites sur les animaux sans qu'il fût possible d'observer la moindre altération de la sensibilité ou du mouvement. Cependant plusieurs médecins aliénistes se livrant à l'étude des lésions anatomiques de la paralysie générale des aliénés, avaient soupçonné, signalé même *l'abolition du mouvement à la suite de l'altération isolée de la substance corticale*

du cerveau (Calmeil). De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris, 1826. — Bottex, Du siége et de la nature des maladies mentales. Paris, 1833. — Parchappe, Recherches sur l'encéphale, Paris, 1838).

Les indications fournies par les savants dont nous venons de parler auraient pu servir de point de départ à des expériences du genre de celles dont nous avons à nous occuper. Néanmoins on continua à admettre que les hémisphères cérébraux étaient des *organes de perception et de volition*, et que la substance nerveuse qui les constitue n'est pas excitable. On croyait avec Flourens que les hémisphères cérébraux étaient le siége des *facultés intellectuelles* et *perceptives*. (Flourens, Recherches sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés. 2e édition, 1842.)

Avant cette époque, et plus tard encore, divers travaux plus précis auraient pu mettre les physiologistes sur la voie de la découverte des régions motrices des circonvolutions. MM. Bouillaud et Dax plaçaient dans le lobe antérieur du cerveau les lésions qui donnent lieu à l'*aphasie*. M. Broca précisa davantage et localisa la *faculté du langage articulé* dans la *troisième circonvolution frontale du côté gauche*.

La localisation de la faculté du langage articulé fit si peu d'impression dans le monde scientifique que M. Vulpian disait, en 1866, dans ses Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux, que « la doctrine des localisations n'avait pas rencontré, dans les faits d'abolition du langage articulé, l'appui qu'elle avait espéré un moment y trouver. »

En 1870, MM. Fritsch et Hitzig, en Allemagne, démontrèrent que la substance grise des circonvolutions peut être *excitée par le courant galvanique*.

En 1873, un nouveau mémoire fut publié par M. Hitzig, qui précisa le siége des *régions motrices*, des *centres moteurs*, dans la substance grise des circonvolutions. Dans le courant de la même année, M. Ferrier fit, à Londres, des expériences fort curieuses sur les centres moteurs du singe. Le singe de M. Ferrier fut porté devant les membres du Collége royal de Londres qui furent émerveillés de la précision avec laquelle le physiologiste anglais faisait exécuter à son singe des mouvements déterminés de la tête, des yeux ou des membres en excitant tel ou tel point de la substance grise des circonvolutions.

Il faut dire que, plusieurs années avant la publication des expériences de MM. Fritsch, Hitzig et Ferrier, le Dr H. Jackson avait indiqué comme très-probable l'existence de régions motrices à la surface des circonvolutions. C'est en se basant sur l'étude des faits pathologiques que M. Jackson avait été conduit à admettre

ces régions motrices ou centres moteurs. M. Jackson a démontré que certains *lésions superficielles* du cerveau peuvent déterminer une forme spéciale d'*épilepsie.*

Plusieurs observateurs du plus grand mérite ont douté de l'existence des régions motrices du cerveau, MM. Schiff et Brown-Séquard, par exemple,

Parmi les non convaincus, nous citerons encore M. Garnier qui a écrit un article critique remarquable dans le *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et des institutions médicales* pour 1876, au mot *Cerveau.*

Les faits pathologiques que nous ferons bientôt connaître nous autorisent à admettre qu'il y a des régions motrices dont le siége est déterminé dans les circonvolutions cérébrales. Il est impossible, selon nous, de douter encore après la lecture de ces observations. Cette lecture une fois faite, on aura l'histoire complète des régions motrices en lisant : le travail de MM. Carville et Duret, dans les *Archives de physiologie*, 1873 ; la thèse de M. le Dr Gromier, en 1874, sur les *Circonvolutions cérébrales de l'homme et du singe* ; la leçon de M. le professeur Vulpian faite, à la Faculté, le 26 juin 1876, sur l'*Excitabilité du cerveau* et publiée dans l'*Ecole de médecine* ; une leçon de M. le professeur Charcot sur les *Localisations cérébrales* publiée le 11 novembre 1876, dans la *Revue scientifique.* Enfin, les *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau* par M. Charcot, un vol. in-8°, chez A. Delahaye. En outre de ces principales publications, il existe un certain nombre d'articles de journaux fort intéressants sur les mêmes sujets.

Avant de faire connaître le siége des régions motrices des circonvolutions, il est indispensable de dire quelques mots des circonvolutions elles-mêmes.

2° — Des circonvolutions cérébrales.

Les nombreux replis et les sillons de la surface du cerveau paraissent, au premier abord, extrêmement irréguliers et inaccessibles à un groupement méthodique. Si l'on excepte la *scissure de Sylvius*, la *scissure de Rolando*, la *circonvolution crêtée* de la face interne de l'hémisphère cérébral, etc., connues depuis bien longtemps, on peut dire que la topographie des circonvolutions et les anfractuosités du cerveau étaient à peine ébauchées. C'est Gratiolet qui nous a donné le plan d'études le plus commode, qui consiste à étudier la surface du cerveau du *singe* où l'on retrouve réduite à une très-grande simplicité toutes les saillies et toutes les fentes de la surface du cerveau humain.

Nous ne donnerons pas ici une étude complète des circonvolutions ; nous nous contenterons d'étudier les principaux groupes et quelques circonvolutions en particulier, de manière à faire

comprendre la description des régions motrices; nous renvoyons le lecteur qui voudrait faire une étude très-complète du sujet au remarquable article que notre savant confrère, le Dr Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a écrit dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, à l'article *Circonvolutions cérébrales*.

Nous disons donc qu'il est convenable de prendre un cerveau de singe, d'un pithécien, par exemple. Le cerveau du singe et de tous les primates (1) se rapproche de celui de l'homme, mais l'étude des circonvolutions y est moins compliquée, parce qu'on n'est pas arrêté à chaque instant, comme chez l'homme, par les nombreux replis et anastomoses des circonvolutions. Cette méthode comparative est excellente. Elle se trouve justifiée, du reste, par l'étude du développement embryonnaire. Nous verrons, en effet, que le cerveau du fœtus ressemble d'abord assez exactement à celui du singe. (Comparez la fig. 2, cerveau de singe, avec la fig. 8, cerveau d'un fœtus de 8 mois.)

A. Division en régions des circonvolutions de la face externe de l'hémisphère central.

Sur la face externe de l'hémisphère, on voit quatre anfractuosités principales qui divisent cette face en groupes ou *lobes*.

Les *anfractuosités* ou *scissures* sont les suivantes : 1° la scissure de Rolando; 2° la scissure occipitale externe ou occipito-pariétale; 3° la partie postérieure de la scissure de Sylvius; 4° la scissure interpariétale.

Les autres anfractuosités, moins importantes, séparent les circonvolutions des divers groupes.

a, La *scissure de Rolando*, *scissure fronto-pariétale* (fig. 1, c.), est située à peu près au milieu de la face externe du cerveau. Elle part du bord supérieur de l'hémisphère cérébral et se dirige en bas et un peu en avant. On la reconnaît facilement aux caractères suivants; elle se continue régulièrement d'une extrémité à l'autre et n'est interrompue par aucune circonvolution; le doigt la parcourt dans toute son étendue. Aucune anfractuosité du cerveau n'offre des caractères aussi tranchés.

La scissure de Rolando est limitée par deux circonvolutions dirigées transversalement du bord supérieur au bord externe de l'hémisphère. La circonvolution antérieure fait partie du lobe

---

(1) Les *primates* constituent le premier ordre de la classe des mammifères, d'après Linné. Cet ordre comprend : 1° le *genre humain;* 2° la famille des *anthropoïdes,* comprenant les animaux se rapprochant le plus de l'homme : l'orang, le chimpanzé, le gorille et les gibbons; 3° les *cynocéphales;* 4° les *macaques;* 5° les *pithéciens;* 6° les *cébiens* ou singes du nouveau continent; 7° les *lémuriens* ou faux singes.

frontal, c'est la *circonvolution frontale ascendante* (fig. 1, A), *circonvolution marginale antérieure* ou *4e circonvolution frontale*. La postérieure (fig. 1, B) est la *circonvolution pariétale ascendante* ou *circonvolution marginale postérieure* ; elle fait partie du lobe pariétal. Ces deux circonvolutions sont celles qui nous intéressent le plus; nous verrons, en effet, que la plupart des régions motrices des circonvolutions sont groupées autour de la scissure de Rolando.

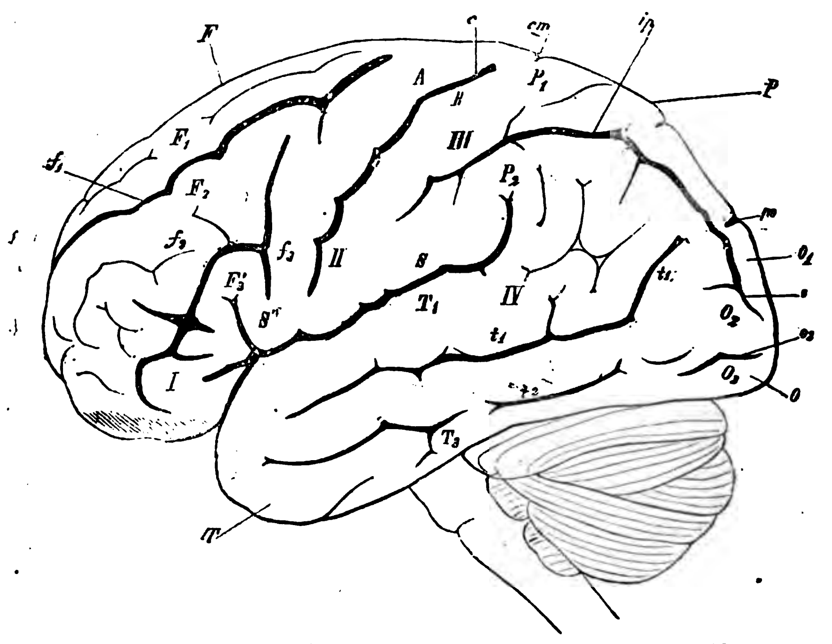


Fig. I. — Scissures de la face externe des hémisphères cérébraux de l'homme (hémisphère gauche), d'après Ecker.

c Scissure de Rolande séparant les deux circonvolutions ascendantes *A* et *B*. — *S*, prolongement postérieur de la scissure de Sylvius. — *S''* son prolongement antérieur s'enfonçant dans F'_3, troisième circonvolution frontale.— *po*, scissure perpendiculaire externe. — *ip*, scissure interpariétale. — t_1, t_1, scissure parallèle.

F, lobe frontal. P_1, lobule pariétal supérieur. P_2, lobule pariétal inférieur ou du pli courbe. *O*, lobe occipital. *T*, lobe temporo-sphénoidal.

Pour les circonvolutions, voir la fig. II.

Il est donc bien établi dès à présent que la scissure de Rolando sépare le lobe frontal (formé par l'ensemble de toutes les circonvolutions situés en avant de la scissure de Rolando) du lobe parié-

tal. Le premier est recouvert par l'os frontal et un peu par le pariétal; le lobe pariétal est en rapport avec l'os pariétal et un peu avec l'occipital.

Nous ferons remarquer, en terminant, que la scissure de Rolando est fermée à ses deux extrémites. En haut on voit les deux circonvolutions marginales de la scissure de Rolando se continuer et former une petite surface ovalaire au milieu de la face interne de l'hémisphère; nous verrons bientôt que cette partie a reçu le nom de *lobule paracentral*. A la partie inférieure de la scissure, les deux circonvolutions marginales sont également unies par un pli de substance cérébrale. M. Pozzi propose, avec raison, de nommer les deux plis de substance cérébrale limitant les extrémités de la scissure et passant de la circonvolution frontale à la circonvolution pariétale, *plis de passage fronto-pariétaux*.

b. — La *scissure occipitale externe* ou *scissure occipito-pariétale* est à cheval sur le bord supérieur de l'hémisphère et sépare le lobe pariétal (groupe des circonvolutions pariétales) du lobe occipital qui est réduit à de petites dimensions. Distante de 4 ou 5 centimètres de la corne occipitale du cerveau, cette scissure est beaucoup plus marquée sur la face interne de l'hémisphère que sur l'externe. Le prolongement de la face interne (fig. 3), très-long, sépare le lobe dit *cuneus* d'un autre lobe situé en avant et appelé *præcuneus* (Burdach). Le prolongement de la face externe (fig. 1) est plus court et interrompu par des plis de passage allant des circonvolutions pariétales aux circonvolutions occipitales, *plis de passage occipito-pariétaux*.

c. — La *scissure de Sylvius* très-profonde sépare la partie inférieure du lobe frontal de la corne sphéroïdale. En écartant les parties qui forment les deux lèvres de la scissure, on trouve l'*insula de Reil* ou *lobule du corps strié* situé au-dessous et en dehors du corps strié. Arrivée au bord externe de l'hémisphère, la scissure de Sylvius se bifurque; sa branche antérieure (fig, 1, S''), plus courte, pénètre plus ou moins profondément dans la troisième circonvolution frontale (fig. 1. F_3); sa branche postérieure, beaucoup plus longue (fig. 1. S), se porte obliquement en haut et en arrière, en s'éloignant de plus en plus de la scissure de Rolando, dont elle n'est séparée en avant que par le pli de passage unissant les deux circonvolutions marginales de la scissure de Rolando. Ce prolongement établit une ligne de séparation entre le groupe des circonvolutions pariétales et celui des circonvolutions temporales.

L'extrémité du prolongement postérieur de la scissure de Sylvius (fig. 1. P_2) cesse brusquement à peu près à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de l'hémisphère. Cette extrémité est limitée, entourée par un pli unissant le lo-

bule du pli courbe à l'extrémité postérieure de la première circonvolution temporale.

Le prolongement postérieur de la scissure de Sylvius est ainsi limité : sa lèvre supérieure est formée par le lobule pariétal inférieur ou *lobule du pli courbe* (fig. 2, P_2) ; sa lèvre inférieure n'est autre que la première circonvolution temporale (fig. 2, T_1).

d. — La *scissure interpariétale* (fig. 1, ip) est située au milieu du groupe des circonvolutions pariétales. Elle est un peu difficile à étudier chez l'homme, parce qu'elle est traversée par des circonvolutions de passage, mais chez le singe elle offre une grande simplicité et le doigt peut la parcourir d'une extrémité à l'autre. Cette scissure est constante. Elle commence en arrière de l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando, et se dirige en haut et en arrière en décrivant une courbe à concavité inférieure. Son extrémité postérieure dépasse les circonvolutions pariétales et se perd sur le lobe occipital. Elle divise le lobe pariétal en deux parties, lobule pariétal supérieur et lobule pariétal inférieur.

Le *lobule pariétal supérieur* (fig. 2, P_1) est situé entre la scissure interpariétale et la scissure inter-hémisphérique ; le *lobule pariétal inférieur*, ou *lobule du pli courbe* (fig. 2, P_2), est situé entre la scissure interpariétale et le prolongement postérieur de la scissure de Sylvius.

Les grandes circonvolutions ou *lobes*, séparées par les scissures que nous venons d'indiquer, sont donc au nombre de quatre : le lobe frontal, le lobe pariétal, le lobe occipital et le lobe temporal ou temporo-sphéroïdal.

e. — Le *lobe frontal* est formé par le groupe de circonvolutions situées en avant de la scissure de Rolando. Il renferme quatre circonvolutions, une transversale, trois antéro-postérieures. Ces dernières sont désignées, de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur de l'hémisphère vers le bord externe, sous les noms de première, deuxième et troisième circonvolutions frontales. La quatrième forme le bord antérieur de la scissure de Rolando.

La *première circonvolutution frontale* (fig. 1 et 2, F_1), forme la moitié antérieure du bord supérieur de l'hémisphère. Confondue en arrière avec l'extrémité supérieure de la circonvolution marginale antérieure du sillon de Rolando, ou quatrième circonvolution frontale (fig. 2, A), la première circonvolution frontale offre une face interne qui regarde la faux du cerveau et une face supérieure en rapport avec l'os frontal. Elle est souvent formée de deux plis.

La *deuxième circonvolutiou frontale* (1 et 2, F_2) se confond aussi en arrière avec la quatrième circonvolution frontale bordant en

avant la scissure de Rolando, puis elle se porte en bas parallèlement à la première circonvolution. Elle forme des plis nombreux chez l'homme et représente quelquefois une sorte de lobule.

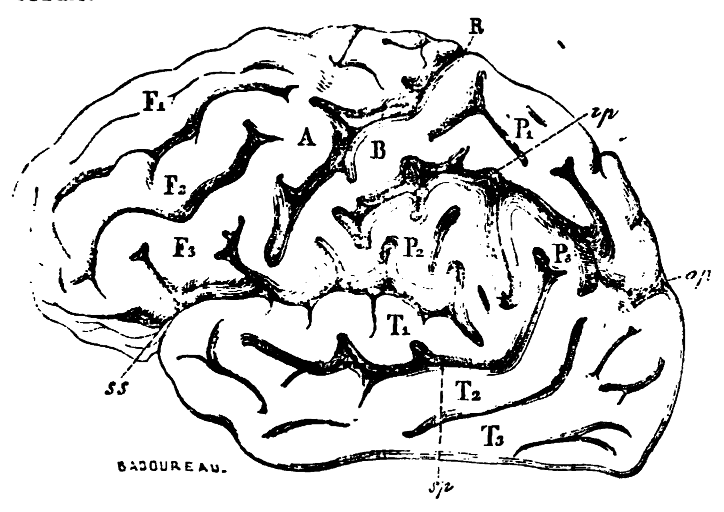


Fig. II. — Circonvolutions de la face externe des hémisphères cérébraux de l'homme (hémisphère gauche), figure tirée des *Leçons sur les localisations cérébrales* de M. le professeur Charcot.

ss, scissure du Sylvius. R. Scissure de Rolando. *ip*, scissure interpariétale. *op*, scissure perperdiculaire externe. *sp*, scissure parallèle.

A, circonvolution frontale ascendante. B, circonvolution pariétale ascendante. F_1, F_2, F_3, première, deuxième, troisième circonvolutions frontales. P_1, lobule pariétal supérieur. P_2, lobule pariétal inférieur ou lobnle du pli courbe. P_3, pli courbe. T_1, T_2, T_3, les trois circonvolutions du lobe temporo-sphédoïdal.

La *troisième circonvolution frontale* (fig. 2, F'_3), ou *circonvolution de Broca* est en dehors de la deuxième qui la recouvre un peu, de sorte qu'il faut regarder le cerveau par côté pour l'apercevoir; on ne la voit complètement que si l'on essaie de soulever légèrement la lobe frontal. Cette circonvolution recouvre, en formant une courbe, le prolongement antérieur de la scissure de Sylvius et se confond en arrière avec la quatrième circonvolution frontale.

La *quatrième circonvolution frontale* (fig. 1, F_4 et fig. 2 A), ou circonvolution marginale antérieure, forme le bord antérieur de la scissure de Rolando; aux extrémités de cette scissure elle est unie à la circonvolution pariétale ascendante. La face postérieure de cette circonvolution est en contact avec la circonvolu-

tion pariétale ascendante ; sa face antérieure est unie à la première circonvolution frontale par un pli quelquefois bifurqué, à la deuxième circonvolution frontale et souvent en bas à la troisième.

Les scissures qui séparent ces diverses circonvolutions ont une importance secondaire; on les appelle de dedans en dehors : *scissures frontales supérieure et inférieure.* Celle qui limite en avant la quatrième circonvolution frontale est appelée par M. Pozzi *scissure parallèle frontale.*

f. — Le *lobe pariétal* (fig. 2. P_1, P_2, P_3) comprend le groupe des circonvolutions limité en bas par le prolongement postérieur de la scissure de Sylvius (fig. 1. S),en haut par le bord supérieur de l'hémisphère, en avant par la scissure de Rolando (fig. 1, *c*), en arrière par la scissure perpendiculaire externe (fig. 1, *po*). Ce lobe, mal limité en arrière et en bas, est borné par une ligne idéale prolongeant en arrière la scissure de Sylvius. Il se termine en avant et en bas par un angle formé par l'extrémité inférieure de la circonvolution pariétale ascendante.

La *scissure interpariétale* (fig. 1, *ip*), dirigée d'avant en arrière et décrivant une courbe à concavité inférieure, divise le lobe pariétal en deux parties, le lobule pariétal supérieur et le lobule pariétal inférieur. Ces deux lobules sont situés en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, comme les trois premières circonvolutions frontales sont situées en avant de la circonvolution frontale ascendante. Nous avons donc à étudier : 1° cette circonvolution; 2° le lobule pariétal supérieur; 3° le lobule pariétal inférieur.

La *circonvolution pariétale ascendante* ou *marginale postérieure* (fig. 1 et 2, B) séparée de la marginale antérieure par la scissure de Rolando, confondue avec elle aux deux extrémités de cette même scissure, présente les rapports suivants avec les circonvolutions des deux lobules pariétaux. Immédiatement au-dessous de l'origine de la scissure interpariétale, cette circonvolution reçoit l'extrémité antérieure du lobule pariétal inférieur. Au-dessus de la scissure interpariétale, la circonvolution pariétale ascendante est confondue avec la partie antérieure du lobule pariétal supérieur.

Le *lobule pariétal supérieur* a pour limites la circonvolution pariétale ascendante en avant, la scissure perpendiculaire externe en arrière, le bord supérieur de l'hémisphère en haut, et la scissure interpariétale en bas. Ce lobule est formé par une ou deux circonvolutions sinueuses. Chez le fœtus et chez le singe, il est uniquement constitué par une circonvolution presque rectiligne. Dans toute la série des singes, ce lobule est complètement séparé du lobule pariétal inférieur par la scissure interpariétale ;

mais chez l'homme il n'en est pas de même. Un pli de passage, une anastomose, unit presque toujours la partie postérieure du lobule aux circonvolutions du lobe occipital ; on constate souvent la présence d'un ou de deux plis interrompant la scissure interpariétale et unissant ce lobule au lobule pariétal inférieur. (*A suivre.*)

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— M. le Dr Caudmont, chirurgien distingué (voies urinaires), vient de mourir subitement à Paris.

— *Laboratoire d'analyse chimique.* — Nous signalons à nos confrères l'extension du laboratoire d'analyse chimique de M. Eugène Lebaigue, pharmacien chimiste, ancien interne des hôpitaux, 78, rue Vieille-du-Temple : analyse d'urine, de lait, de calculs, etc.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Pendant l'année scolaire 1875-76, le nombre des étudiants, tant civils que militaires, s'est élevé à 225. Il est inférieur de 72 à celui de l'année dernière. Cette diminution, on doit l'attribuer au départ de 17 élèves du service de santé militaire qui ont été obligés de quitter la Faculté dès le commencement de leur quatrième année d'études pour se rendre à Paris, et à l'obligation du service militaire.

Parmi ces 225 étudiants, il y en avait en cours d'inscription 159, ainsi répartis : en première année, 53 ; en deuxième année, 55 ; en troisième année, 31 : en quatrième année, 20. Les élèves en cours d'examen étaient de 51 et les bénévoles de 15.

Boîte aux Lettres.

M. le Dr Br..., á Marc-sur-Seine, M. le Dr de B..., à Lubers, M. *Gellé, à Lille, M. Bainier, rue de Belleville, M. Ber..., à Rivesaltes.* — Sont priés de répondre au bureau du journal.

Prof. Luss... — M. V... a été averti. Nous vous envoyons le travail de Cl. Bernard.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

[illegible], imprimerie de la Faculté de médecine, [illegible]

Troisième année. N° 10. 8 Mars 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 7 mars 1877.

Peu de glanes à récolter aujourd'hui pour les praticiens dans les Sociétés savantes.

L'*Académie des sciences* reçoit de nombreuses communications relatives au cuivre et aux empoisonnements par les sels de cuivre. Les expérimentateurs paraissent à peu près d'accord sur le fait qu'il est impossible d'empoisonner un animal par le sulfate de cuivre. C'est à vous faire dresser les cheveux sur la tête ; l'esprit se porte naturellement vers le malheureux herboriste Moreau, qui a été condamné à mort pour avoir *empoisonné deux femmes par le sulfate de cuivre!* Les expériences sur les animaux peuvent laisser croire ou que l'herboriste n'était pas coupable, ou qu'on n'a pas trouvé le véritable poison. Heureusement pour le médecin légiste que le chien n'est pas un homme et qu'il est possible qu'une substance soit toxique pour celui-ci et non pour le premier. Ce ne serait pas la première fois, hélas ! qu'on a appliqué à l'homme, avec une précipitation regrettable, le résultat d'expériences faites sur le lapin, le chien, le cochon d'inde, voire même la grenouille et le hideux crapaud.

A l'*Académie de médecine*, rien d'important à signaler. Nos lecteurs ne seront peut-être pas fâchés d'apprendre que l'homme de M. Laboulbène, qui avait *vomi la muqueuse de l'œsophage et celle de l'estomac* à a suite de l'ingurgitation d'acide sulfurique concentre, est mort des suites des lésions (voir *Paris-Médical* du 29 décembre 1876). Le malade a pu digérer quelques aliments au début, mais plus tard, les vomissements sont survenus et l'estomac, ne pouvant tolérer

aucune matière alimentaire, l'individu a dépéri peu à peu.

« Dans les derniers jours de la maladie l'affaiblissement a atteint son maximum, le malade est si affaissé qu'il répond à peine, il est d'une maigreur squelettique. Ses extrémités se cyanosent. Enfin, le malade meurt d'inanition le 29 janvier 1877 à huit heures du matin. »

M. Laboulbène a examiné les organes avec un soin minutieux, il a trouvé l'estomac et les trois quarts de l'œsophage *dépourvus de membrane muqueuse.* Plusieurs membres de l'Académie prendront la parole sur ce sujet; nous aurons donc occasion d'en parler encore une fois.

A *la Société de chirurgie*, M. Anger a lu un rapport sur un mémoire de M. Fontan, de Lyon : De la cure radicale des hémorrhoïdes par la dilatation forcée; nous engageons nos lecteurs à lire un article sur cet important sujet dans le corps du journal.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

De la cure radicale des hémorrhoïdes par la dilatation forcée du sphincter de l'anus.

Dans notre numéro du 14 décembre 1876, nous avons parlé de la pratique de M. Verneuil, et exprimé le regret que les malades traités à l'hôpital n'aient pas pu être suivis longtemps après la guérison.

Le malade étant couché sur le côté comme pour l'opération de la fistule à l'anus, on introduit dans le rectum un spéculum bivalve, de façon qu'il atteigne le bord supérieur du sphincter interne, puis, écartant fortement les deux valves, on retire lentement le spéculum de l'anus. Introduisant ensuite deux doigts de chaque main dans l'anus, on achève la dilatation du sphincter interne en tirant fortement sur lui.

Tel est le procédé ordinaire. L'opération ne dure pas une minute, ne donne lieu à aucune complication. Il n'y à craindre ni hémorrhagies, ni infection purulente, ni rétrécissement du rectum. Les douleurs que les malades éprouvent sont peu intenses et ne durent que quelques heures. Pas un cas de récidive. Huit observations à l'appui.

En feuilletant les recueils, nous avons constaté que ce procédé appartient à M. Maisonneuve qui a écrit un article sur le

sujet dans la *Gazette des Hôpitaux* 1849. Voici une des observations de M. Maisonneuve.

Observation. — Cornu (Jacques), âgé de quarante-deux ans, entre à l'hôpital Cochin le 24 mars 1849; il est couché au numéro 2 de la salle Saint-Charles.

Depuis quatre ans cet homme à des hémorrhoïdes qui, tous les mois à peu près, lui occasionnent de violentes douleurs dans le fondement, des cuissons et de la constipation. A ces époques il rend du sang en assez grande quantité et éprouve après chaque garde-robe des élancements qui durent trois ou quatre heures. Quelques jours avant son entrée à l'hopital, ces accidents ont apparu avec une intensité assez grande. Pendant six jours il n'a pu aller qu'une seule fois à la selle. Le fondement et le bord interne des fesses sont rouges, tuméfiés et le siége d'un érythème très-intense produit par l'application d'une pommade irritante que, par une méprise fâcheuse, on a donnée en ville au malade.

Après quelques jours de repos et quelques applications émollientes destinées à calmer l'érythème, on procède à une exploration plus complète.

Le malade étant convenablement placé sur le bord du lit, on aperçut des boutons hémorrhoïdaux enflammés à la partie postérieure de l'orifice anal. Le doigt, introduit dans la partie inférieure du rectum, occasionna une vive douleur et reconnut une contracture violente du sphincter.Au milieu des tumeurs hémorroïdales il existait une petite fissure assez longue et se prolongeant dans le rectum.

Dans ces conditions, M. Maisonneuve crut devoir procéder immédiatement à la dilatation forcée du sphincter de l'anus.

Le malade. n'étant pas endormi, éprouva des douleurs assez vives qui durèrent une demi-heure après l'opération. Le soir, il a besoin d'aller à la selle et ressent quelques petites cuissons.

Le lendemain à six heures du matin il va de nouveau à la selle, et cette fois sans éprouver la moindre douleur.

Les jours suivants le malade se trouve dans un état très-satisfaisant. La contracture du sphincter avait complètement disparu et les selles étaient très-faciles. Il sortit le 11, parfaitement guéri de la fissure.

Bien avant la publication des observations de M. le professeur Verneuil, M. le Dr Fontan, de Lyon, avait inséré un article sur le même sujet dans le *Moniteur thérapeutique* du 1er novembre 1875. Voici les principales propositions de M. Fontan.

— La douleur hémorrhoïdaire en dehors de l'état de phlébite est toujours le résultat d'un spasme ou d'une contracture du sphincter anal, la douleur est donc le propre du spasme sphinctérien et non de l'hémorrhoïde.

— Le spasme sphinctérien est *causé en effet* des hémorrhoïdes, c'est lui qui est le siége de la douleur et qui provoque ou entretient le plus souvent le flux hémorrhoïdal.

— Le plus souvent il n'y a pas de fissure concomitante.

— Il suffit d'attaquer le spasme pour soulager, améliorer et même guérir les hémorrhoïdes.

— La dilatation forcée avec les doigts par le procédé de Récamier avec anesthésie préalable est le seul moyen de faire cesser les douleurs parfois atroces des hémorrhoïdes. Elle rend facile la réduction du bourrelet après chaque garde-robe, car la rentrée des hémorrhoïdes s'opère rapidement et presque d'elle-même; quelquefois cependant un léger taxis est encore utile. Elle empêche le retour des hémorrhoïdes qui épuisent à la longue le malade. Enfin dans certains cas elle amène la guérison radicale des hémorrhoïdes.

— Tout hémorrhoïdaire dès qu'il souffre ou perd du sang, c'est-à-dire dès que ses hémorrhoïdes ne sont plus indifférentes, selon l'expression de Gosselin, doit subir l'opération de Récamier.

— Cette opération est simple et d'une innocuité absolue. Elle ne supprime pas les hémorrhoïdes et ne fait que les rendre tolérables, ce qui satisfait à la fois le malade et les théoriciens.

Tout ce qui précède a trait surtout aux hémorrhoïdes externes. Mais le rôle des sphincters externe et interne sur les hémorrhoïdes internes, pour en être moins évident, n'en est pas moins réel.

Le mémoire de M. Fontan était accompagné de trois observations de guérison paraissant très-concluantes. Plus tard, le 18 octobre 1876, dans son mémoire sur le *Traitement des hémorrhoides par la dilatation forcée du sphincter*, présenté à la Société de chirurgie, M. Fontan cite cinq nouvelles observations, ce qui porte le nombre à huit.

Si nous sommes revenus sur ce sujet, c'est pour engager les praticiens à avoir recours à un moyen aussi efficace que facile à appliquer, et aussi pour rendre à chacun ce qui lui appartient. Nous avons, comme M. Cristofari, dans sa thèse de juillet 1876, considéré M. Verneuil comme le principal auteur de la méthode, tandis qu'il n'a été qu'un nouvel éditeur du procédé de Maisonneuve, comme M. Fontan.

Cet article était composé lorsque M. Th. Anger a lu à la Société de chirurgie un rapport sur le mémoire de M. Fontan.

M. Verneuil a pris la parole sur la question de priorité et sur la valeur de la méthode.

1° *Question de priorité.* M. Verneuil aurait quelque droit à cette priorité sur M. Fontan « car, dit-il, il y a longtemps que j'ai fait un travail sur l'anatomie du rectum et démontré que les

veines hémorrhoïdales, venues du tissu cellulaire sous-muqueux et traversant la couche musculaire, se trouvent étranglées par des espèces de boutonnières musculaires. » Dès 1872 et 1873, M. Verneuil avait par devant lui une observation sur ce sujet et il avait songé alors à appliquer la dilatation forcée à toutes les hémorrhoïdes douloureuses. Voici cette observation :

« En 1872 et 1873, dit M. Verneuil, je fus appelé à soigner un homme très-haut placé dans la littérature politique. Depuis quatorze ans, il souffrait de douleurs intolérables. Il était affecté d'hémorrhoïdes et de fissure anale. Un jour qu'il était en proie a des douleurs atroces, je constatai la présence d'une hémorrhoïde sortie, étranglée, grosse comme le pouce. Le malade étant chloroformé, je pratiquai la dilatation forcée, puis le taxis. La réduction fut impossible. Cependant l'hémorrhoïde s'affaissa, et le malade fut guéri radicalement et des hémorrhoïdes et de la fissure. Je me dis alors : est-ce que la dilatation ne suffirait pas pour guérir toutes les hémorrhoïdes douloureuses ? »

M. Verneuil s'empresse de dire qu'il ne revendique rien pour lui, mais pour M. Maisonneuve qui avait indiqué le véritable rôle du sphincter.[1] Quoique M. Verneuil attribue à M. Maisonneuve le mérite d'avoir indiqué le rôle du sphincter dans les hémorrhoïdes, il n'en reconnaît pas moins toute la valeur des observations contenues dans le mémoire de M. Fontan et il leur donne même son approbation.

2° *Valeur de la méthode.* C'est ici le point important pour le praticien. Nous avons la satisfaction de dire que les membres de la Société de chirurgie ont formulé le précepte suivant dont les termes ont été proposés par M. Verneuil : *Toutes les fois qu'un malade est atteint d'hémorrhoides assez douloureuses pour réclamer l'intervention du chirurgien, celui-ci doit avoir recours à la dilatation forcée du sphincter anal avant de recourir à aucune autre méthode chirurgicale.* Tel est le sens, sinon les paroles exactes qui ont été prononcés. M. Verneuil va plus loin, il considérerait comme coupable le chirurgien qui emploierait la cautérisation ou toute autre méthode usitée, sans avoir, au préalable, essayé de la dilatation forcée.

M. Verneuil ne compte plus les cas dans lesquels il a dilaté le sphincter d'hémorrhoïdaires en proie à de violentes douleurs. *Il n'a jamais vu un cas de récidive,*

Plusieurs membres de la Société de chirurgie sont venus appuyer le dire de M. Verneuil et, par conséquent, les conclusions du mémoire de M. Fontan que nous avons énumérées plus haut.

M. Boinet, entre autres, a cité le cas de deux hémorrhoïdaires affectés de fissure anale. Il a dilaté le sphincter pour guérir la

fissure. les hémorrhoides se sont trouvées guéries en même temps.

Un autre membre cite le fait d'un peintre qui en était arrivé au dernier degré de l'anémie, par la suite de l'écoulement sanguin par le rectum. Le sphincter a été dilaté, la guérison a été immédiate et aujourd'hui la santé est excellente (huit mois après la dilatation).

Terminons par un excellent mot de M. Verneuil qui résume toute la valeur de cette nouvelle méthode : *A de rares exceptions près, le rôle de la chirurgie armée est fini dans la cure des hémorrhoïdes ; c'est maintenant une aberration que de faire la ligature, l'excision*, etc.

D'après ce qui précède, on pourrait croire que la dilatation forcée n'est applicable qu'aux hémorrhoïdes douloureuses. Bien s'en faut, et M. Verneuil a insisté, dans son discours, sur le point suivant : *Ce sont les cas où il y a des hémorrhagies qui sont particulièrement justiciables de la dilatation.* Par conséquent, il faut opérer par la dilatation, non-seulement les hémorrhoïdes dans lesquelles le doigt introduit dans l'anus est serré par le sphincter contracturé, mais encore celles qui donnent un écoulement sanguin et dans lesquelles le sphincter ne serre pas le doigt. Dilatez le sphincter d'un hémorrhoïdaire qui perd du sang, sans contracture du sphincter, vous arrêterez l'hémorrhagie.

En somme, la dilation forcée du sphincter est applicable aux hémorrhoïdes avec contracture du sphincter et aux hémorrhoïdes fluentes sans contracture.

Exception à l'emploi de la méthode. — 1° On est généralement d'avis de ne point opérer les hémorrhoïdes enflammées et d'attendre que l'inflammation soit tombée.

2° M. Trélat a signalé des cas dans lesquels l'opération n'apporterait aucune amélioration : il s'agit des malades qui ont des hémorrhoïdes avec une procidence de la muqueuse rectale, formant une tumeur plus ou moins volumineuse au dehors de l'anus. Pour M. Trélat, le meilleur traitement dans ces cas, c'est l'*ignipuncture.* Il faut chercher à produire des cicatrices multiples qui, en se rétractant, réduisent le volume de la tumeur.

3° M. Verneuil a signalé une autre exception à la méthode, il s'agit des hémorrhoïdes passives tenant à un obstacle à la circulation de la veine porte. L'hydrothérapie serait, d'après M. Verneuil, le *traitement héroïque* à employer contre ces dernières.

Dr FORT.

Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus de l'utérus.

Dans l'une des séances de février 1877, M. le professeur Le Fort a communiqué l'observation suivante dont nous recommandons la lecture aux chirurgiens qui doutent de la possibilité de la guérison du prolapsus utérin.

Le 10 novembre 1876 entra dans son service, à l'hôpital Beaujon, une femme de 48 ans, atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus. La maladie paraissait remonter à six mois. Cette femme avait eu trois enfants, dont le dernier a 11 ans; toutes les couches ont été normales et la menstruation constamment régulière. Au mois de mai dernier, elle vit apparaître à la vulve une tumeur assez irrégulière dont l'issue se fit d'abord d'une manière intermittente et par intervalles de quinze jours environ. La tumeur, après être restée plus ou moins longtemps dehors, rentrait spontanément.

A partir du mois d'octobre, l'accident se renouvela tous les jours, et la tumeur prit le volume qu'elle avait lors de l'opération. Huit jours enfin avant l'entrée à l'hôpital, la réduction devint impossible, et il survint des douleurs accompagnées d'une sensation pénible de pesanteur.

Examen. Au dehors de la vulve, on trouve une tumeur conoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas, et dont le sommet correspond à l'entrée du vagin. A sa base existe une ulcération circulaire située autour d'une ouverture infundibuliforme. Cette tumeur mesure 11 centimètres de longueur, 18 centimètres de diamètre à sa base et 10 centimètres à son sommet. La surface externe se joint, sans ligne de démarcation, avec la muqueuse vulvaire immédiatement en arrière des grandes lèvres. L'ouverture située à sa base permet l'introduction de l'hystéromètre, qui pénètre à une profondeur de 7 centimètres.

L'orifice uréthral est apparent au-dessus et en avant du pédicule; pour y faire pénétrer la sonde, on est obligé d'incliner l'instrument de haut en bas et d'arrière en avant (la malade étant dans le décubitus dorsal); on sent alors le bec de la sonde qui a pénétré vers la base de la tumeur; la vessie a donc été entraînée dans le mouvement de descente de l'utérus et du vagin.

Choix de l'opération. La malade demande à être débarrassée de son infirmité et préfère une opération, quelle qu'elle puisse être, à la nécessité de porter un bandage quelconque. M. Le Fort avait donc à se demander à quel procédé il pourrait avoir recours; les procédés connus ne le satisfaisaient d'ailleurs que fort incomplètement.

1° L'*incision linéaire de quelques plis du vagin*, comme le faisaient Dieffembach et Marshall-Hall; la cautérisation pratiquée par Laugier, Desgranges, Velpeau; 2° l'*excision, sur la paroi antérieure, de deux lambeaux de muqueuse* séparés par un intervalle et réunis par la suture, comme le faisait Jobert, de Lamballe, ne lui laissaient espérer aucun résultat utile.

3° Le procédé de Marion Sims, consistant en *deux avivements pratiqués sur la paroi antérieure du vagin*, réunis en bas, espacés en haut; ou bien ce même procédé modifié par Emmet, et, plus tard, par M. Panas par l'*adjonction d'un avivement transversal* vers la base du V qui se trouvait transformé en un triangle, permettaient l'espoir d'un succès, puisque MM. Sims, Panas et d'autres en ont obtenu.

Mais ce procédé a contre lui la longueur et la difficulté de l'opération, puisque l'on agit au fond du vagin après qu'on a, au préalable, réduit l'utérus.

4° Le procédé de Baker-Brown, imité de celui de Fricke (de Hambourg), et consistant en un *avivement de la face postérieure des grandes lèvres ou de la fourchette*, et, en même temps, des parties voisines du périnée, n'eût pas rassuré suffisamment contre une récidive.

M. Le Fort aurait préféré, dans ce cas, l'*occlusion à peu près complète de la vulve*, comme la pratiquent MM. Kuckler (de Darmstadt) et Théophile Anger, ou le *rétrécissement simultané de la paroi postérieure du vagin et de l'orifice vulvaire*, d'après le procédé de Simon; mais M. Le Fort trouvait à ces procédés quelques inconvénients, tels que l'impossibilité à peu près complète de la copulation, et pour celui de Simon, quelques dangers démontrés par l'expérience.

M. Le Fort chercha donc un procédé meilleur que ceux qui existaient déjà dans la pratique. Chez sa malade, comme chez presque toutes celles qui se trouvent dans le même cas, l'utérus ne sort pas le premier de la vulve, entraînant après lui la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin. En général, ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue, au dehors de la vulve, de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve. Ce qui sort d'abord, c'est la partie du vagin la plus rapprochée de la vulve; le reste suit comme par une sorte de déplissement. Le même effet se produit sur la paroi postérieure, de telle façon qu'au fur et à mesure que l'utérus descend, les parois du vagin s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin l'utérus. Les maintenir en rapport, les empêcher de s'écarter

pour se porter l'une en avant, l'autre en arrière, c'est s'opposer à tout prolapsus. Ce que M. Le Fort a donc cherché, c'est de rendre le contact permanent, intime, *en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture*.

Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin; mais les faits si nombreux que M. Le Fort a réunis dans sa thèse d'agrégation sur les vices de conformation du vagin ont montré que le cloisonnement vertical, même complet du vagin, gêne à peine l'accouchement et ne gêne pas du tout la copulation. Or, M. Le Fort n'avait besoin de pratiquer qu'un avivement et un cloisonnement partiels.

Ce n'est pas tout encore; dans les procédés dans lesquels on agit sur la muqueuse vaginale (procédés de MM. Sims, Emmet, Panas), *on opère après la réduction de l'utérus, au fond du vagin*, e l'opération, longue, laborieuse, est plus difficile, plus fatigante peut-être qu'une opération de fistule vésico-vaginale. Dans le procédé de M. Le Fort, au contraire, *tout peut se faire à l'extérieur et avec une extrême facilité*. Voici comment il l'exécuta :

Opération. L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, le chirurgien fit d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, *deux avivements* de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve. Cela fait, il réduisit l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités postérieures de ces deux surfaces avivées, et il appliqua sur ce bord transversal formé par ces extrémités rapprochées *trois points de suture*.

Puis, réduisant l'utérus au fur et à mesure, il sutura de proche en proche, d'arrière en avant, les bords latéraux correspondants de la plaie, passant le fil de la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin.

La réduction de l'utérus devenait de plus en plus complète, et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent complètement suturés, la réduction était complète. On comprend toutefois que, dans ce procédé comme dans ceux de MM. Sims et Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles lorsque, après quelque jours, la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, M. Le Fort laissa aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordue, afin de les saisir facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section des parties embrassées par leur anse.

(Le lecteur doit comprendre qu'il existait deux surfaces saignantes, cruentées, de 12 centimètres carrés (6 en longueur, 2 en largeur), l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin. En réduisant l'utérus, M. Le Fort adossait

ces deux surfaces saignantes, mais en même temps il suturait entre eux les bords correspondants des plaies des deux parois, de telle sorte qu'après l'opération les deux parois du vagin étaient réunies dans l'étendue déjà indiquée).(*Note du rédacteur.*)

L'opération fut pratiquée en décembre 1876. La guérison eut lieu sans accident; il n'y eut même pas de fièvre traumatique. Le résultat fut complet, l'utérus était parfaitement maintenu, et lorsque, après avoir fait accroupir la malade, on la faisait tousser ou se livrer à des efforts, rien ne paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve; il n'y avait même pas de refoulement appréciable.

M. Le Fort aurait donc pu borner là son intervention, et il l'aurait fait certainement s'il n'avait eu pour but que de montrer l'heureux effet de son procédé dans toute son intégrité. Toutefois, en raison de la laxité, de la largeur anormale de la fourchette, il a craint que l'absence de tout soutien du côté de la vulve ne vînt compromettre le résultat, et, après avoir fait prendre la photographie des régions opérées afin d'en constater l'état réel, il rendit le résultat absolument certain en faisant, le 24 janvier dernier, vers la fourchette et sur les parties voisines, un avivement comme dans le procédé de Baker-Brown. Il fit la suture à deux étages, c'est-à-dire au moyen de fils passant au travers d'un bout de sonde pour la suture profonde et de points entrecoupés pour la suture superficielle. Il enleva les sutures le sixième jour. La réunion était incomplète dans les parties superficielles, mais elle était complète profondément; et lorsque la malade sortit, le 6 février, la réunion était totale et définitive dans toute l'étendue et sur toute la surface de l'avivement. M. Le Fort ne doute pas d'une guérison solide et définitive.

Il faut attendre pour juger définitivement la valeur du procédé proposé et exécuté avec tant de succès par M. Le Fort, que deux où trois années aient passé sur cette opération. Si, comme il n'en doute pas, ce contrôle du temps lui est favorable, M. Le Fort aura certainement rendu un grand service à la pratique chirurgicale et aux pauvres malades atteintes de prolapsus de l'utérus.

Phosphaturie et incrustation calcaire des sondes à demeure.

Dans l'une des dernières séances de la Société de Médecine pratique, M. le Dr Mallez, professeur libre de pathologie des voies urinaires, a fait la communication suivante dont chacun comprendra l'intérêt pratique.

C'est un fait d'observation déjà ancien que l'incrustation calcaire des sondes à demeure. Tous les corps étrangers introduits dans la vessie se recouvrent rapidement de phosphate ammoniaco-magnésien et les instruments de chirurgie n'échappent pas à cette loi. Mais cette espèce de pétrification se produit plus ou moins vite selon la proportion des phosphates contenus dans l'urine.

Cette proportion varie : 1° avec les conditions de l'alimentation ; 2° l'état d'irritation de l'appareil urinaire ; 3° la quantité d'urine excrétée, la proportion des phosphates restant la même ; 4° enfin de toute lésion fonctionnelle de la moelle, d'une irritation spinale et particulièrement de toutes les affections dépressives cérébrales. C'est dans l'un de ces derniers cas que les sondes que présente M. Mallez ont été laissées à demeure.

M. le comte de P..., atteint de paralysie générale, offrant après une première période d'excitation un abattement et une dépression extrême, une stagnation urineuse et bientôt une rétention complète obligèrent à l'usage de la sonde à demeure, et après quarante-huit heures de séjour dans la vessie les sondes présentaient une inscrutation telle, que leur enlèvement offrait de la difficulté, et certains dangers.

M. Mallez met sous les yeux de la Société des sondes dont l'extrémité vésicale est recouverte de phosphate ammoniaco-magnésien en proportion telle que le calibre des sondes numéros 15 et 16 est presque doublé, et il tire de ce fait la conclusion suivante :

Dans toutes les affections cérébro-spinales à forme dépressive dans lesquelles l'usage de la sonde à demeure est exigé, *ne jamais laisser s'écouler plus de trente-six ou de quarante-huit heures sans renouveler les sondes.*

Qu'on nous permette une remarque. Des faits relatifs aux maladies des voies urinaires sont publiés rarement dans les journaux et nous n'en comprenons pas la cause. Est-ce que M. Mallez, qui possède une vaste clientèle, ne pourrait pas nous faire profiter plus souvent de ses judicieuses observations ?

Observation clinique sur les sels d'arseniate de fer

Par M. le Dr Baron.

Nous avons entretenu nos lecteurs des sels d'arséniate ferreux que l'on extrait des Eaux de la source Dominique de Vals, et de l'efficacité des dragées, que l'on fait avec ce produit dans tous

les cas où les deux agents par excellence, le fer et l'arsenic sont indiqués.

Nous voulons y revenir aujourd'hui pour donner connaissance de quelques observations dans lesquelles ces dragées ont pu être aisément administrées et ont produit les meilleurs résultats. Il s'agit de malades pris dans une clinique de maison d'aliénés, auxquels il est en général si difficile de faire ingérer les médicaments, et qui ont accepté et ingéré ces dragées sans opposition et s'en sont ensuite bien trouvés.

On sait les nombreuses indications que présentent la plupart des sujets de l'aliénation mentale pour le fer et l'arsenic. Ces constitutions ordinairement débilitées et anémiques, dont les surfaces muqueuses ou cutanées remplissent leurs fonctions spéciales avec tant de difficulté, réclament parmi les fortifiants ceux qui portent leur action sur ces organès et en réveillent les fonctions. Mais sous les formes où l'on présente vulgairement ces médicaments, les aliénés, ceux notamment de l'espèce lypémaniaque se refusent à les prendre, et le médecin, en présence de ces cas, reste impuissant quoique en possession des agents qui produiraient les meilleurs effets.

M. le docteur Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés à Bourg (Ain),s'est trouvé dans cette situation vis-à-vis de quinze cas de lypémanie chez des jeunes femmes, qui,à l'état anémique, joignaient pour la plupart la dépression du sang menstruel. Connaissant les dragées arsenico-ferriques de la Dominique il les a présentées à ces malades qui les ont acceptées comme des enfants, sur la bonne apparence. L'usage en a pu être continué durant quatre semaines; au bout de ce temps, notre confrère constatait une notable modification des symptômes particuliers, en même temps qu'une amélioration générale des malades.

Dans deux de ces cas, notamment, cette amélioration a été marquée et suivie d'un retour à la raison. M. Louis ne nous dit pas si cette guérison s'est maintenue. Rien cependant n'eût été plus intéressant dans son observation en faveur de la médication et du médicament. Mais il suffit d'avoir obtenu des effets thérapeutiques semblables pour justifier le bon emploi qu'on peut faire des Dragées de la Dominique.

Il est évident que la couleur et la forme que l'on a su donner à ces Dragées leur fait un attrait que le médecin doit trouver très-souvent l'occasion de mettre à profit. En considérant le grand nombre d'enfants dont l'organisation affaiblie d'origine ou débilitée ensuite indique spécialement l'administration des agents fer et arsenic associés ensemble, quand on considère encore le plus grand nombre de personnes à l'âge de raison, qui, pour les médicaments, conservent tous les instincts et toutes les

répugnances des enfants, on comprend, jusqu'à l'approuver, l'heureuse idée que l'on a eu d'utiliser les dépôts ou les extraits arsenico-ferreux des eaux minérales de la source Dominique de Vals et de les préparer sous la forme de bonbons, qui peuvent plaire à tout le monde, même à ceux qui n'ont que des préférences entre les diverses préparations des médicaments.

Maintenant, si l'on considère que nous traversons une époque où l'anémie et ses conséquences semblent être le fond de toutes les maladies, c'est-à-dire une époque où les toniques fortifiants et reconstituants sont les plus rationnellement ordonnés dans la pratique médicale, on se rendra compte de l'opportunité que présente cette préparation nouvelle de sels naturels qui caractérisent la source remarquable de la Dominique, dont les eaux n'ont peut-être pas d'analogie minérale parmi celles qui font la richesse des stations thermales de France.

M. le docteur Louis, dont nous venons de citer l'observation clinique, utilisant les dragées de la Dominique sur des femmes aliénées, rapporte encore un fait de son service qui mérite notre attention à un autre titre. Il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, qui fut prise d'attaques d'hémorrhagie dès la deuxième époque de ses règles : elle était dans l'état de langueur avec perte d'appétit depuis longtemps, et tout ce qui accompagne ordinairement ces symptômes; c'était enfin un cas marqué de ces débuts de menstruations difficiles, comme il y a en tant.

M. le docteur Louis, connaissait les effets des Dragées arsenico-ferriques de Vals, n'hésite pas à les ordonner à la jeune fille. Au bout de dix jours, dit-il, les forces se relèvent et, le goût de la nourriture joint aux bonnes digestions qui suivent, la malade allait beaucoup mieux.

La médication ayant été continuée quelque temps encore, les époques menstruelles s'établirent convenablement; la quatrième enfin parut à sa date, et le sang eut son cours normal selon le docteur qui rapporte cette observation qui lui est propre.

Il nous reste à produire encore à l'avantage des Dragées de la Dominique, quelques observations du docteur Chatelain (de Nancy), qui en a fait l'emploi dans des cas variés, mais dans un surtout où le fer et l'arsenic se trouvaient bien indiqués.

Nous verrons les résultats probants qu'il a obtenus en faveur de cette préparation médicamenteuse, sous forme de dragées.

Dr G.

RÉGIONS MOTRICES DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES

PAR LE Dr FORT.

(*Suite, voir le no 9*).

Errata. — Dans le dernier numéro, il s'est glissé deux erreurs : page 129, 16e ligne, *au lieu de* comparez la fig. 2, cerveau de singe, *lisez* comparez la fig. 11.

Page 131. 15e ligne, lisez *suture occipitale externe ou perpendicalaire externe.*

Le *lobule pariétal inférieur* (fig. 2, P_1, P_2) commence en arrière de l'extrémité inférieure de la circonvolution pariétale ascendante avec laquelle il se confond, il se dirige en arrière et un peu en haut en s'élargissant, limité en haut par la scissure interpariétale et en bas par le prolongement postérieure de la scissure de Sylvius. Il manque de limites précises en arrière où il se confond avec la première circonvolution temporale (fig 2, T_1) et avec les circonvolutions du lobe occipital.

L'étude de ce lobule est difficile sur le cerveau de l'homme à cause du grand développement et des nombreuses sinuosités de la circonvolution qui le constitue, mais on ne trouve plus ces difficultés lorsqu'on prend un cerveau de fœtus ou de singe. Il prend une racine en avant sur la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et une en arrière qui coiffe par un pli courbe l'extrémité postérieure de la scissure parallèle (fig. 1, t_1, t_1). Cette racine est assez généralement désignée aujourd'hui sous le nom de *pli courbe* (fig. 2, P_3) ; elle se continue en arrière avec les circonvolutions occipitales. Entre les deux racines, on trouve un petit amas de sinuosités appartenant à la même circonvolution et présentant de nombreuses variétés individuelles ; cet amas sinueux est souvent appelé *lobule du pli courbe* (fig. 2, P_2). En somme, la réunion du pli courbe et du lobule du pli courbe représentent le lobule pariétal inférieur.

g. — Le *lobe occipital* est tout petit ; il comprend la portion de cerveau comprise en arrière de la scissure perpendiculaire externe. Il est peu important pour nous qui voulons décrire la circonvolutions en rapport avec les *régions motrices*. Il n'en est pas de même au point de vue de l'histoire naturelle, au point de vue de l'anthropologie. Par son étude attentive, Gratiolet finit par découvrir un caractère important qui distingue le cerveau de l'homme de celui des autres primates, et en particulier des pithéciens et des anthropoïdes.

Lorsqu'on étudie le lobe occipital, on voit qu'il est séparé du lobe pariétal par la scissure perpendiculaire externe, scissure rudimentaire chez l'homme, plus longue et plus profonde chez les animaux se rapprochant le plus de l'homme. L'effacement de cette scissure est due chez l'homme à deux plis de passage, deux petites circonvolutions unissant les circonvolutions occipitales à la circonvolution du lobule pariétal supérieur. Ces plis de passages sont *au nombre de deux* chez l'homme et ils sont *superficiels*, c'est-à-dire qu'ils arrivent à la surface du cerveau. La découverte de Gratiolet consiste en cette remarque que l'homme seul offre ces deux plis de passage superficiels. Plusieurs anthropoïdes et quelques singes offrent les deux plis de passage, mais l'un est complètement profond, c'est-à-dire situé au fond de la scissure perpendiculaire externe.

D'autres plis de passage unissent en dehors les circonvolutions occipitales aux circonvolutions temporales; ils offrent, pour nous, un intérêt fort secondaire.

Ce lobe est formé par trois circonvolutions occipitales, supérieure, inférieure et transverse. Elles se continuent insensiblement avec celles du lobe temporal.

h. — Le *lobe temporal ou temporo-sphénoïdal* (fig. 1, T) vu par sa face externe présente seulement deux circonvolutions; les autres peuvent être vues à la face inférieure du cerveau. La première circonvolution temporale (fig. 2, T_1) est séparée de la deuxième (fig. 2. T_2) par la scissure parallèle (fig. 2. *s p*).

La *première circonvolution temporale* forme la lèvre inférieure du prolongement postérieur de la scisssure de Sylvius et elle se confond en arrière avec la partie postérieure du lobule pariétal inférieur. La *deuxième circonvolution temporale* suit la scissure parallèle et se confond aux deux extrémités avec les deux extrémités de la première.

B. — Division en régions des circonvolutions de la face interne de l'hémisphère cérébral.

La face interne de l'hémisphère cérébral est en contact dans toute son étendue avec la faux du cerveau. On y trouve trois anfractuosités principales et trois groupes de circonvolutions ou lobes, dont nous allons parler brièvement.

Les lobes portent le même nom que ceux de la face externe, ils sont formés par les mêmes circonvolutions. Nous trouvons, par conséquent, d'avant en arrière, le lobe frontal interne, le le lobe pariétal interne et le lobe occipital interne.

a. — Le *lobe frontal interne* (fig. 4, CC, CF) est formé de deux circonvolutions séparées par une scissure.

La circonvolution inférieure, *circonvolution du corps calleux*,

circonvolution crêtée, prend naissance au-dessous du genou du corps calleux, parcourt toute la face supérieure du corps calleux pour se perdre au-dessous du bourrelet du corps calleux. Limitée en avant par la scissure festonnée, elle passe plus loin au-dessous des parties suivantes : le lobule paracentral, le præcuneus et le cuneus.

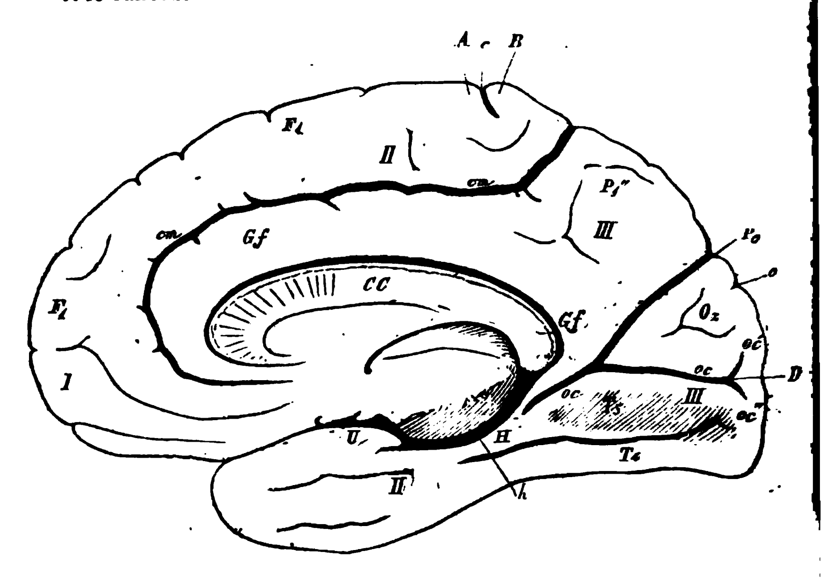


FIG. III. — Scissure de la face interne des hémisphères cérébraux (hémisphère droit), d'après Ecker.

cm, *cm*, scissure festonnée. *Po*, scissure perpendiculaire interne. *D*, scissure des hippocampes.

AB, extrémité supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes formant le lobule paracentral. *c*, extrémité de la scissure de Rolando. F_1, F_2, première circonvolution frontale. *Gf*, *Gf*, circonvolution du corps calleux. P_1", lobule quadrilatère, avant-coin. *O2*, lobule triangulaire, coin.

La circonvolution supérieure n'est autre que la face interne de la *première circonvolution frontale* déjà étudiée à la face externe des hémisphères et ordinairement bifurquée à sa partie inférieure.

La *scissure festonnée* (fig, 3, *cm*, *cm*), ainsi désigné par M. Pozzi à cause de sa disposition, décrit une courbe à concavité postérieure comme la circonvolution du corps calleux qu'elle limite. Elle arrive en arrière sur le lobule paracentral (fig. 4, LP) et le plus souvent elle se continue en arrière de ce lobule avec la

scissure fronto-pariétale (fig. 3 portion ascendante et terminale de *c m*),

Le *lobule paracentral*, décrit par M. Pozzi sous le nom de lobule ovalaire, offre un certain intérêt. C'est la seule portion de la face interne de l'hémisphère qui possède des propriétés motrices. Ce lobule est en effet en rapport avec les deux circonvolutions frontale ascendante (fig. 3, A) et pariétale ascendante (fig. 3, B) de la face externe ; il forme une sorte de boucle qui unit ces deux circonvolutions à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando (fig. 3, *c*; fig, 4, S, R) ; c'est autrement dit, le pli du passage fronto-pariétal, étendu de la 4° circonvolution frontale à la circonvolution pariétale ascendante.

b. Le *lobe pariétal interne* (fig. 3, P_1", fig. 4, LQ). est uniquement représenté par le lobule dit *præcuneus*, *avant-coin*, par Burdach, ou *lobule quadrilatère*, par M. Foville. Ce lobule est formé par des circonvolutions dépendant du lobule pariétal supérieur de la face externe. Il est limité en avant par la scissure fronto-pariétale qui le sépare du lobule paracentral, en arrière par la scissure perpendiculaire interne qui le sépare du cunéus, et en bas par la circonvolution du corps calleux.

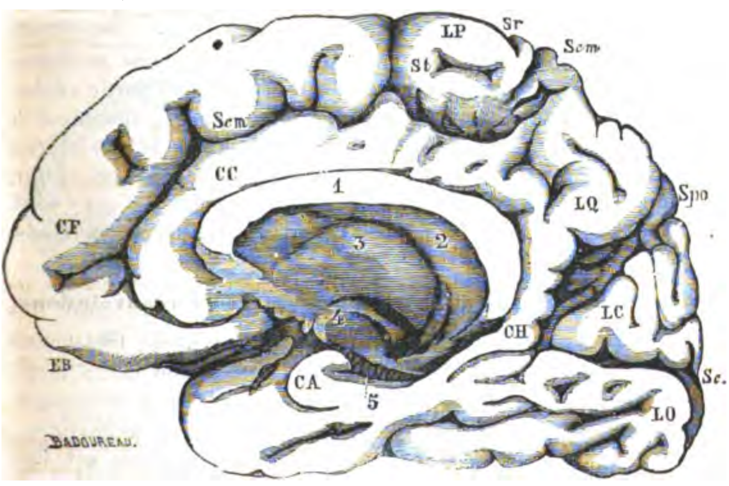


FIG. IV. Circonvolutions de la face interne des hémisphères cérébraux (hémisphère droit) figure tirée des *Leçons sur les localisations cérébrales*, de M. Charcot.

LP, lobule paracentral, ovalaire de Pozzi. LQ, lobule quadrilatère, avant-coin. LC, lobule cunéiforme, coin. LO, lobe occipital. CC, circonvolution du corps calleux. CF, première circonvolution frontale.

Scm, scissure festonnée. *Sr*, extrémité supérieure de la scissure de Rolando. *Scm*, scissure fronto-pariétale. *Spo*, scissure perpendiculaire interne. *Sc*, scissure des hippocampes.

c. Le *lobe occipital interne* n'offre d'intéressant que le cunéus, a scissure perpendiculaire interne et la scissure des hippocampes.

Le *cuneus, coin*, de Burdach, (fig. 3, Oz, fig. 4, LC) est constitué par un ensemble de petits plis qui prennent la forme d'un lobule triangulaire, d'un véritable coin à sommet dirigé vers le corps calleux. Il est limité en avant par la scissure perpendiculaire interne et en arrière par celles des hippocampes. En haut, il est limité par le bord supérieur de l'hémisphère.

La *scissure perpendiculaire interne* (fig. 3 Po et fig. 4 Spo) se continue avec l'externe que nous avons vue à la face externe de l'hémisphère, elle se porte en bas et en avant entre le coin et l'avant-coin et elle se continue jusqu'au dessous du bourrelet du corps calleux.

La *scissure des hippocampes* (fig. 3, oc, oc, et fig. 4 Sc) est horizontale. Elle commence au voisinage de l'extrémité postérieure de l'hémisphère, se réunit à angle aigu à la précédente et se porte jusque sur les côtés de la fente cérébrale de Bichat. Gratiollet lui a donné ce nom parce que cette scissure refoule le fond de l'anfractuosité dans la cavité du ventricule latéral pour former l'hippocampe. Cette même scissure est la *fissura calcarina* d'Huxley.

Cette face offre pour le sujet qui nous occupe une médiocre importance. Ne pouvant traiter trop longuement la partie anatomique, nous renvoyons aux traités d'anatomie et notamment à l'article complet de M. Pozzi. Nous avons parlé de la face interne parce qu'on y trouve une extension des régions motrices et que nous avons tenu à faire connaître les noms des lobules qui y sont situés et qui ne sont pas décrits dans nos ouvrages classiques.

3° Coup d'œil sur le développement des circonvolutions.

On sait que les centres nerveux se montrent de très-bonne heure chez l'embryon. Aussitôt après l'apparition de la tache embryonnaire sur le blastoderme, on aperçoit une ligne transparente étendue de l'extrémité caudale à l'extrémité céphalique. Cette ligne, premier vestige de l'axe cérébro-spinal, est une gouttière dont les bords se relèvent insensiblement et viennent se réunir de manière à constituer un *canal*. Ce canal formera plus tard le *canal de l'épendyme, canal de la moelle.*

Vers son extrémité antérieure le canal ne se ferme pas complètement, il reste une petite ouverture qui sera plus tard l'angle inférieur du quatrième ventricule. Le plancher du quatrième ventricule n'est autre chose que le fond de cette portion de gouttière non fermée en arrière.

A son extrémité antérieure, en avant de l'ouverture précédente, le canal se renfle et produit successivement trois poches ou *vésicules encéphaliques*. La vésicule antérieure donnera naissance aux ventricules du cerveau, aux hémisphères cérébraux, la vésicule moyenne à l'aqueduc de Sylvius et aux parties qui l'entourent, la vésicule postérieure au quatrième ventricule, au cervelet et au bulbe rachidien.

A droite et à gauche de la vésicule antérieure ou cérébrale, se développent deux bourgeons creux, deux vésicules latérales dont l'accroissement sera très rapide. Ces vésicules recouvriront la vésicule primitive et seront séparées par la scissure interhémisphérique. Le centre de la vésicule primitive deviendra le ventricule moyen, ses parois formeront les parois du ventricule. Les cavités des vésicules latérales donneront naissances aux ventricules latéraux.

Les surfaces interne et externe des vésicules cérébrales sont parfaitement lisses et ne présentent aucun pli; elles sont formées de trois couches : une *couche interne*, épendyme, membrane ventriculaire, une *couche externe*, qui formera la pie-mère, et une *couche moyenne* qui formera la substance nerveuse. Celle-ci se développera en même temps que se montreront les sillons, anfractuosités, scissures de la surface du cerveau.

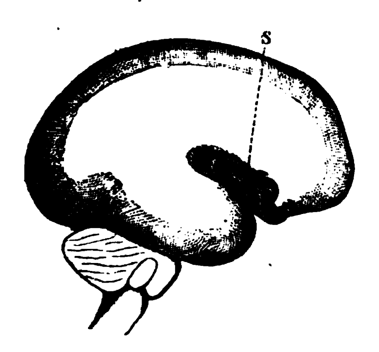


Fig. V.

Cerveau d'un fœtus de 4 mois, face latérale (d'après Ecker). On y voit en *S* la formation de la scissure de Sylvius.

Les hémisphères cérébraux se développent d'avant en arrière, c'est-à-dire que leur extrémité postérieure se prolonge insensiblement de telle sorte qu'elle recouvre d'abord les corps striés, les couches optiques, les tubercules quadrijueaux antérieurs, puis les postérieurs, puis le cervelet.

Jusqu'au troisième mois la surface du cerveau est parfaitement lisse. 1° Dans le cours du troisième mois, la scissure de Sylvius se montre à la face inférieure, sépare nettement le lobe frontal du reste de l'hémisphère, et elle se perfectionne de plus en plus jusqu'au neuvième mois. 2° Au commencement du cinquième

mois on aperçoit la *scissure perpendiculaire interne* (fig. 7); 3°, à la fin du cinquième mois, la *scissure de Rolando* se dessine (fig. 8); 4° dans le courant du sixième mois, on voit apparaître les autres scissures, la *scissure interpariétale*, et immédiatement après celle-ci la suture *parallèle*. Les autres sillons de la surface du cerveau s'accusent de plus en plus, les circonvolutions se dessinent; mais les nombreux replis des circonvolutions, leurs anastomoses, qui rendent si difficile l'étude des circonvolutions dans le cerveau de l'homme, ne se développent pas avant la naissance. Nous avions donc raison de dire, au commencement de ce travail, qu'il y avait une certaine analogie entre le cerveau du fœtus et le cerveau du singe (fig. 8, 9 et 11).

Une question qui ne nous intéresse guère, si nous considérons le point de vue auquel nous nous sommes placé dès le début, est celle-ci : *Le cerveau de l'homme reproduit-il dans ses diverses phases embryonnaires les principales dispositions de celui des animaux?* Plu-

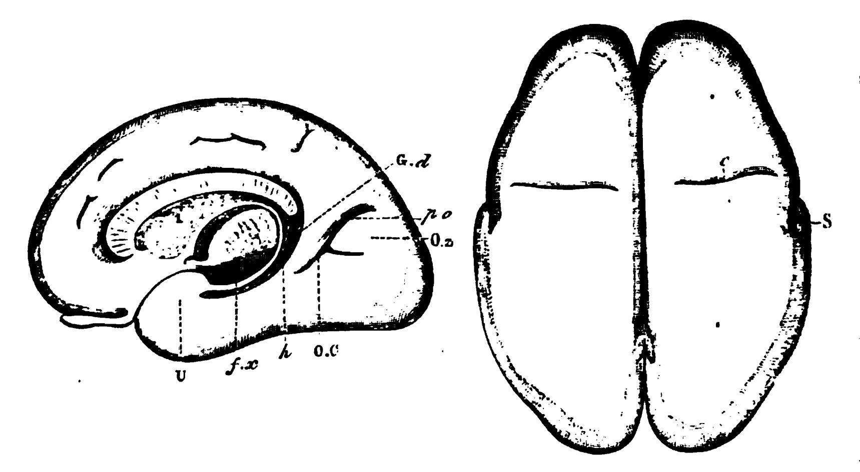


Fig. VI. — Cerveau d'un fœtus de 5 mois, face interne (d'après Ecker).

Fig. VII. — Face supérieure du même cerveau. On voit en *c* la formation de la scissure de Rolando.

sieurs anatomistes de talent l'ont admis, Tiedemann entre autres. De nos jours, Richard Wagner assure qu'il existe une assimilation complète, entre le cerveau humain à ses diverses phases embryonnaires et les hémisphères cérébraux de plusieurs espèces de singes. Ainsi le cerveau de l'embryon de 4 mois ressemblerait énormement aux hémisphères des *ouistitis*, qui n'ont pas de circonvolutions. Plusieurs singes supérieurs, dit M. R. Wagner, ont un cerveau qui ressemble à celui du fœtus humain de 6 à 7 mois. Gratiolet cependant était d'un avis opposé. Nous renvoyons à

ces travaux, ce sujet nous entraînerait plus loin que nous ne le voudrions.

Il résulte de ce qui précède qu'on peut se servir d'un cerveau de nouveau-né, si l'on a pas de cerveau de singe pour l'étude des

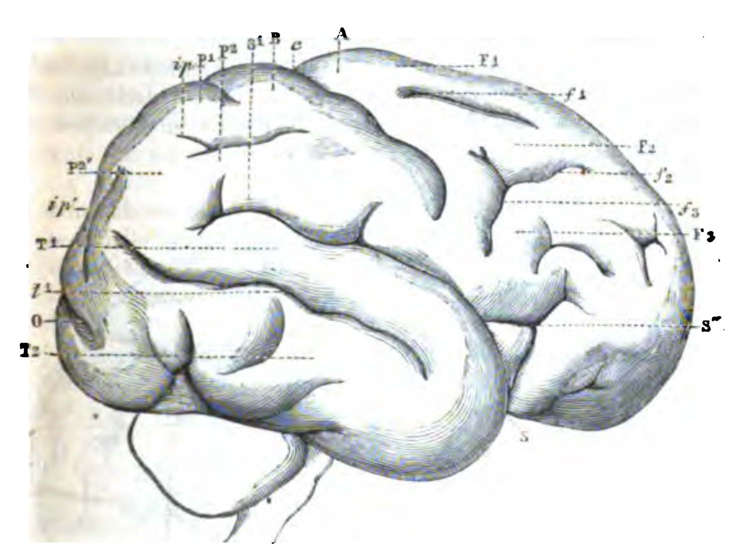


Fig. VIII.—Cerveau d'un fœtus de 8 mois (d'après Ecker).
c, scissure de Rollando. A, circonvolution frontale ascendante. B, circonvolution pariétale ascendante. S, scissure de Sylvius. *ip*, scissure interpariétale.

circonvolutions cérébrales. Mais il faudra durcir préalablement ces petits cerveaux, leur substance étant naturellement molle et presque diffluente.

— D'après ces notions, on est porté naturellement à supposer que le nombre des plis, la profondeur des anfractuosités est en rapport direct avec la capacité intellectuelle. Cette proposition ne rencontre plus aujourd'hui de contradicteurs, et de nombreuses observations semblent même indiquer que des deux cerveaux humains en observation, celui qui a la plus grande étendue de surface, dont les anfractuosités sont les plus profondes et les circonvolutions les plus anastomosées, aura appartenu à un homme plus intelligent que le cerveau qui présentera les mêmes caractères moins accusés.

Erasistrate l'avait bien dit : « Les circonvolutions sont plus nombreuses dans l'homme que dans les animaux, parce que l'homme l'emporte sur les animaux par l'esprit et le raisonnement. »

Nous pouvons donc admettre que chez les sujets *faibles d'esprit*, *idiots*, les circonvolutions seront moins compliquées que chez l'homme douée d'une intelligence moyenne. C'est ce qu'on observe en effet. Aussi, l'étude des circonvolutions est-elle beaucoup plus facile sur les cerveaux d'individus de petite intelligence, d'imbéciles, etc. Dans son travail, Gratiolet fait souvent cette remarque, que les plis, les circonvolutions du cerveau, se sont montrés dans leur plus grande simplicité chez les idiots. Voyez la figure 10 empruntée à l'article de M. Pozzi : *Circonvolutions cérébrales* du Dictionnaire de Dechambre.

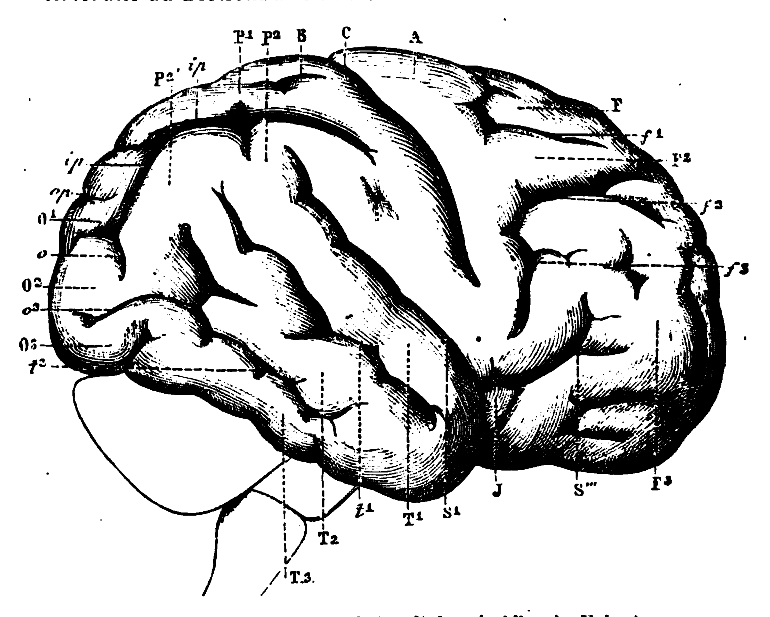


Fig. IX. — Cerveau d'un fœtus de 9 mois (d'après Ecker).
c, scissure de Rolando. A, circonvolution frontale ascendante. B, circonvolution pariétale ascendante. S', scissure de Sylvius. *ip*, scissure interpariétale.

Etudiez cette simplicité dans les circonvolutions et comparez-le au premier cerveau venu que vous rencontrerez dans un amphithéatre. Vous verrez que la comparaison n'est pas possible. Il y a autant de différences entre ce cerveau et un cerveau ordinaire qu'il y en a entre ce même cerveau et celui du fœtus (fig. 9). Lisez la légende de cette figure 10 et vous serez étonné du peu de difficulté que vous rencontrerez dans la détermination de chaque circonvolution. (*à suivre*).

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Faculté de Montpellier.* — M. Bertin, docteur en médecin, agrégé, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Hamelin, agrégé près de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur du laboratoire de clinique médicale de la dite Faculté (emploi nouveau).

— *Faculté de Nancy.* — La chaire de chimie médicale et de toxicologie de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— *Collége de France.* — MM. A. Pitres et E. Chambard sont nommés répétiteurs près la troisième section de l'Ecole pratique des hautes études et attachés en cette qualité au laboratoire d'histologie du Collége de France, en remplacement de M. Debove, appelé à d'autres fonctions.

— *Demande de médecins.* — On demande un jeune docteur ou un étudiant, ayant subi son cinquième, pour remplacer pendant quelques mois un médecin aux environs de Màcon (6 kilom.) dans un poste lucratif.

S'adresser pour renseignements à M. Théodore David, 17, rue Jacob.

— On demande à la Varenne-Saint-Hilaire (Seine), à 10 kilom. de Paris, un docteur en médecine. Position assurée.

S'adresser à la Varenne-Saint-Hilaire, rue Saint-Hilaire, 7, chez le pharmacien, et à Paris, chez le Dr Penot, rue de l'Ancienne-Comédie, 12.

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 1er mars 1877, on a constaté 1032 décès, dont 756 à domicile et 276 dans les hôpitaux. L'angine couenneuse sévit toujours avec une certaine intensité.

Boîte aux Lettres.

M. le Dr Best... Roumanie... Prière de nous envoyer les adresses exactes de vos amis abonnés.

M. le Dr Anton... à Gard... N'avons pas encore reçu de réponse.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 11. 15 Mars 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 14 mars 1877.

Triste nouvelle. La Faculté de médecine vient de faire une perte cruelle, elle a été frappée dans la personne d'un de ses meilleurs professeurs, mort samedi dernier d'une apoplexie cérébrale. Jeune encore, à peine remis d'une affection thoracique qui l'avait conduit à deux doigts du tombeau qu'il avait évité grâce aux soins assidus de ses collègues, M. Dolbeau a été ravi en quelques heures à sa famille et à ses amis, au moment où il commençait à jouir, dans son magnifique hôtel de la rue Malesherbes, d'une brillante fortune acquise par la science et le travail. La mort prématurée du professeur de pathologie externe de la Faculté, du membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, du chirurgien de l'hôpital Beaujon a profondément ému tous les collègues de M. Dolbeau.

Revenons aux vivants et saluons l'homme savant, modeste, le travailleur consciencieux à qui les suffrages des honorables académiciens viennent de donner un fauteuil à l'Académie de médecine (section d'anatomie pathologique). M. Lancereaux s'est placé, par ses travaux considérables, au premier rang des anatomo-pathologistes; son succès n'étonnera personne. 81 votants, majorité absolue 41 ; M. Lancereaux est nommé par 42 voix, mais l'adversaire était redoutable; il s'agissait de M. le professeur Parrot dont la place est marquée d'avance à l'Académie.

Une discussion s'est engagée à l'*Académie de médecine* sur l'étiologie de la fièvre typhoïde à propos d'une communication faite il y a quelques jours par M. Gueneau de

Mussy. M. Bouley a pris la parole pour contredire son collègue. Voici en deux mots, l'état de la question.

Selon M. Gueneau de Mussy les déjections des typhoïdes renferment des principes morbides capables de transmettre la maladie. Les eaux d'égouts, chargées de ces principes morbides, peuvent par leurs émanations, faire naître la fièvre typhoïde. Telle est, en résumé, l'opinion soutenue par le savant médecin de l'Hôtel-Dieu. Tout se réduirait à une question d'hygiène : assainir Paris et les principaux centres et empêcher les émanations infectantes qui s'échappent des bouches d'égout.

M. Bouley ne nie pas, il doute. Il voudrait des preuves cliniques et expérimentales qui manquent dans cette discussion. Sans recommander aux populations de respirer à pleins poumons, comme mesure hygiénique, les émanations des bouches d'égout, l'honorable académicien croit qu'on a exagéré leur influence nuisible. Nous résumerons cette discussion lorsqu'elle sera terminée, on voit déjà les jalons posés par la promoteur de la doctrine et par son contradicteur.

La *Société de chirurgie* a entendu la lecture d'un rapport sur deux observations intéressantes de M. le Dr Lemay de Saint-Sever (Landes). Dans la première, fort curieuse, il s'agit d'un *haricot* aspiré par un enfant et ayant séjourné pendant 63 jours dans la trachée-artère. Des accès de suffocation se montrèrent à différents intervalles et un jour, au milieu d'une quinte de toux, l'enfant rendit le haricot.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une enfant de neuf ans, chez laquelle on a pratiqué la *taille uréthrale* pour extraire un calcul du poids de 15 grammes, Quelle est la meilleure méthode d'extraction des calculs vésicaux chez les petites filles? Plusieurs membres de l'Académie ont pris la parole, sans s'accorder, les uns aimant mieux la taille uréthrale, les autres la taille par le vagin, d'autres enfin la dilatation de l'urèthre. M. Verneuil rejette la dilatation de l'urèthre parce qu'il a vu une femme mourir six jours après cette opération et une autre rester atteinte d'incontinence d'urine restée incoercible.

M. Reliquet, dont l'autorité ne saurait être méconnue en cette matière, rejette d'une manière absolue la taille vaginale, qui cependant est souvent pratiquée en Amérique. Il est

partisan de la dilatation du sphincter uréthral, mais pendant la chloroformisation, les fibres musculaires se distendant sans se déchirer. M. Reliquet croit que l'incontinence d'urine, résultat de la déchirure du sphincter, ne s'observe pas lorsqu'on a soin de chloroformer les malades.

Il ressort de cette discussion que la vessie de la femme en général et des petites filles en particulier est très-irritable et que les instruments de l'opération doivent séjourner le moins possible dans cette organe. Lorsqu'on y fait une injection avant l'opération de la lithotritie, il faut la faire progressivement, avec lenteur et ne pas dépassér la quantité de 160 à 180 grammes (Thompson cité par M. Le Fort).

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Consultation pour un strabisme divergent de l'œil gauche, avec amblyopie à un degré très-prononcé du même côté.

Par M. le Dr Fano.

Mademoiselle de St-Ev..., âgée de 21 ans, grande, paraissant avoir une forte constitution, a été atteinte dans sa première enfance, d'une affection inflammatoire de l'œil gauche qui a duré plusieurs mois. Depuis cette époque, elle n'a pas eu d'autre affection oculaire. Il y a quelques mois, elle a été atteinte de coliques hépatiques pour lesquelles elle a été faire une saison à Vichy. A son retour, l'œil gauche a commencé à se dévier en dehors, et cette déviation s'est accrue au point de constituer une difformité qui a ému non-seulement la jeune personne, mais ses parents et son médecin ordinaire qui me l'adresse pour avoir mon avis sur cette affection.

Lorsque la jeune personne fixe une personne ou un objet placé en face d'elle, l'axe optique de l'œil droit se porte sur la personne ou sur l'objet fixés, et l'œil gauche se dévie en dehors, à un degré très-prononcé. Si, continuant à faire fixer la patiente avec les deux yeux, on place devant l'œil droit un écran opaque qui masque la vue de ce côté, on voit que l'œil gauche se redresse, de façon que l'axe optique de ce dernier se porte sur la personne ou l'objet regardés. Enlève-t-on brusquement l'écran qui masquait l'œil droit, on reconnaît que ce dernier s'est dévié en

dehors; mais aussitôt l'écran enlevé, l'œil droit se redresse de façon que son axe optique se porte sur la partie que la patiente veut regarder : et l'œil gauche est ramené vers le petit angle de l'orbite.

L'œil droit possède une acuité de vision normale; il lit le 1 1/2 de Snellen sans difficulté, à la lumière d'une lampe dont la mèche n'a qu'un centimètre de diamètre. Cet œil est emmétrope, c'est-à-dire que la distance de la vision distincte est de 30 centimètres. L'œil gauche ne distingue absolument que la lumière des ténèbres; il ne reconnaît même pas les objets usuels.

L'ophthalmoscope ne démontre pas d'altération appréciable ni des milieux réfringents, ni des membranes profondes, ni dans l'œil gauche, ni dans l'œil droit. La cornée de l'œil gauche ne présente aucune tache.

1° *De quelles affections de l'œil gauche la maladie est-elle atteinte?* Il y a dans cet œil deux états pathologiques : un strabisme divergent facile à reconnaître; une amblyopie à un degré très-prononcé. Cette amblyopie est très-probablement congénitale, et, comme beaucoup d'amblyopies de ce genre, n'est accompagnée d'aucune altération appréciable à l'ophthalmoscope.

2° *Quel est le traitement à conseiller?* Il y a deux indications à remplir, parce qu'il existe deux affections de l'œil gauche à combattre : corriger la déviation de cet œil; augmenter l'acuité de la vision de l'organe.

Il ne faut compter sur l'efficacité d'aucun moyen purement mécanique pour obtenir le redressement de l'œil gauche. Masquer l'œil droit pour corriger le strabisme de l'œil gauche, n'aura d'autre résultat que de produire un strabisme divergent de l'œil droit, ainsi que le témoigne l'une des expériences auxquelles la jeune fille a été soumise. Il y a quelques années encore on se berçait de cette illusion, qu'en faisant porter aux louches cette espèce de lunette appelée *louchette* on arrive à corriger le strabisme. C'est une erreur; en admettant que l'œil affecté se redresse sous l'influence de cet expédient, l'œil sain se dévie. Soumettre l'œil strabique à une sorte de gymnastique qui force l'organe à se porter, pendan un temps plus ou moins long chaque jour, dans un sens opposé à la déviation, est un exercice qui a certainement pour résultat d'augmenter la force du muscle opposé à la déviation, mais qui ne suffit pas pour donner à ce muscle une énergie capable de lutter contre la *rétraction* du muscle correspondant au côté dévié.

En réalité, le seul moyen rationnel de corriger le strabisme est *d'affaiblir* le muscle correspondant au côté dévié, c'est-à-dire de *reculer* l'insertion tendineuse de ce muscle, en faisant la section de l'organe au niveau de son point d'attache à la sclérotique,

pour lui faire contracter une insertion en arrière de l'insertion primitive.

Dans le cas qui fait l'objet de cette consultation, la strabotomie du muscle abducteur de l'œil gauche est rationnellement indiquée, seulement cette opération comporte certaines réserves que nous allons exposer :

Pour qu'une opération de strabotomie réussisse, il ne suffit pas de couper le muscle rétracté ; il faut encore que ce muscle prenne sur la sclérotique une nouvelle implantation telle que son action soit véritablement amoindrie. Si, après l'opération, le muscle reprend la même insertion qu'avant, tout le bénéfice de l'opération est perdu ; si l'insertion est trop reculée, la puissance du muscle est tellement diminuée, que le muscle antagoniste l'emporte et que l'œil est dévié en sens opposé ; d'où un strabisme consécutif en sens inverse. Or, le meilleur moyen d'obtenir, après une opération de strabotomie, une insertion nouvelle *convenable* du muscle coupé, est de soumettre l'œil opéré à des exercices *orthophthalmiques* rationnels. Et c'est dans les deux ou trois jours qui suivent l'opération, c'est-à-dire pendant le temps nécessaire à la *soudure* du tendon coupé avec la sclérotique, que ces exercices sont le plus nécessaires.

Après une opération de strabotomie, on a l'habitude de maintenir à demeure sur les paupières de l'œil opéré, une compresse imbibée d'eau froide, pour prévenir toute réaction inflammatoire. Chaque fois qu'on change la compresse pour l'imbiber de nouveau d'eau froide, il faut commander à l'opéré d'ouvrir largement les paupières et de regarder en face de lui. On s'assure, de cette façon, si les axes optiques convergent. Si on reconnaît que l'œil opéré se dévie encore dans le sens primitif, on ordonne à l'opéré de regarder dans un sens opposé. Si au contraire la déviation avait lieu dans le sens opposé à la déviation primitive, il faudrait faire tourner les yeux du côté correspondant à cette déviation primitive. A l'aide de ces manœuvres, on avance ou on recule à volonté le bout central du tendon coupé, de la partie antérieure de la sclérotique, et on lui fait contracter des adhérences avec la fibreuse oculaire dans un point favorable au redressement de l'œil.

Mais la première condition pour que ces exercices orthophthalmiques réussissent, est que l'œil opéré *voie*. Si la vision de cet œil est considérablement diminuée, comme chez Mademoiselle, l'œil opéré obéira bien aux mouvements *synergiques* des deux yeux, mais il ne fera aucun effort par lui-même, pour porter son axe optique vers l'objet qu'on fait fixer.

Il nous semble donc rationnel, avant de faire la strabotomie, de chercher à rendre à cet œil une certaine acuité de vision. On

obtient en général par l'exercice méthodique de l'œil, alors que le sujet est encore jeune, des résultats parfois inespérés.

Je conseille donc de commencer par exercer l'œil gauche, tous les jours, pendant une heure le matin et une heure le soir, en cachant avec soin l'œil droit. La patiente cherchera d'abord à reconnaître avec cet œil de gros objets, puis des objets plus petits. Alors elle essayera de déchiffrer de très-grands caractères imprimés, puis des caractères de moins en moins gros. En même temps, pour stimuler la vitalité de la rétine, elle pratiquera deux fois par jour une onction de cinq minutes de durée, sur les paupières fermées et l'orbite, avec un liniment composé de parties égales de teinture de noix vomique et de baume de Fioraventi. L'électrisation méthodique de l'œil, par les courants continus ou interrompus, peut également être mise en usage.

Au bout d'un temps qu'il est difficile de préciser, un à trois mois, il y a tout lieu d'admettre que l'œil gauche aura récupéré une acuité suffisante de vision. Alors seulement on pratiquera la section du tendon du muscle abducteur de cet œil.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. LE Dr PANAS.

Ulcère strumeux de la jambe : traitement par l'emplâtre de Vigo. — Guérison rapide.

Observation recueillie par M. H. Dauchez, externe du service, et publiée dans la *France médicale* n° 14 (Février 1877).

Le nommé S... (Antoine), âgé de 40 ans, est entré le 24 novembre 1876, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, n° 32, service de M. Panas.

A la suite d'un traumatisme survenu il y a un an, une plaie se forma sur la face interne du tibia : cette plaie devint bientôt ulcéreuse, et ne fit que s'agrandir. La nature de l'ulcère ressort des antécédents du malade : la jambe gauche, en effet, est couverte de cicatrices brunâtres, survenues à la suite d'ulcères multiples, de même nature; celui qui nous occupe est large comme une pièce de deux francs, un peu ovale.

Le malade entra le 3 août 1876 à l'hôpital Saint-Louis. Après huit semaines de traitement par le diachylum, l'ulcère se ferma et le malade quitta l'hôpital. Aussitôt après, la plaie se rouvre, et le malade entre dans le service de M. Panas, le 24 novembre 1876. L'ulcère est de nature strumeuse, car le sujet n'a jamais eu aucun accident syphilitique, et ne présente non plus aucune trace de varices. En revanche, il porte les traces d'anciens ulcères, et il a le facies caractéristique du scrofuleux.

Du 24 novembre 1876 au 6 janvier 1877, le pansement phéni-

qué est employé, mais inutilement. L'ulcère, à cette époque, est grisâtre et reste stationnaire.

Le 6 janvier, sur l'avis du chef de service, on change le pansement pour le remplacer par l'emplâtre de Vigo. A ce topique, on ajoute la compression et on prescrit le repos absolu.

Le 7, la suppuration s'établit et les bourgeons charnus, déjà rosés, commencent à s'artérialiser.

Les 8, 9, 10, 11 et les jours suivants, la suppuration continue et la plaie diminue à vue d'œil.

Le 18, la plaie était à peine grande comme une pièce d'un centime.

Enfin, du 20 au 23, la plaie se referme complètement. La guérison s'est maintenue.

Réflexions. — Ainsi des topiques appropriés hâtent singulièrement la guérison de certains ulcères. Nous obtenons ici en dix-sept jours ce que d'autres n'ont obtenu que très-imparfaitement en huit semaines : la raison en est dans ce fait que dans un cas, l'asphyxie des bourgeons charnus était entretenue par un pansement contre-indiqué, tandis que dans le second cas, l'emplâtre de Vigo favorisant la circulation artérielle, tout en excitant légèrement les lèvres de la plaie donna lieu à un travail réparateur.

C'est encore par la même raison que d'autres ulcères (les ulcères variqueux par exemple), ne tendent à se fermer que le jour où les pansements employés généralement contre ces pertes de substance, sont remplacés par l'eau chlorurée : Le chlorure de chaux produit des effets analogues à ceux que nous a donnés l'emplâtre de Vigo dans le cas que nous venons de citer.

Chaque fois, la réparation s'est faite par le même mécanisme : l'artérialisation substituée à l'asphyxie des bourgeons charnus.

Diagnostic de la paralysie des muscles de l'avant-bras.

Voici un excellent signe servant à distinguer la paralysie saturnine des muscles extenseurs de la main, de la paralysie provenant d'une affection du nerf radial. Indépendamment des signes qui caractérisent la paralysie saturnine, M. le professeur Hardy fait observer que dans la paralysie radiale, *les muscles supinateurs sont affectés aussi bien que les extenseurs*. Il n'en est pas ainsi dans la cachexie saturnine qui n'atteint que les extenseurs. C'est ce qui explique comment le malade peut assez aisément porté la main en supination.

RÉGIONS MOTRICES DES CIRCONVOLUTIONS CÉRÉBRALES

PAR LE Dr FORT.

(*Suite, voir les numéros* 9 *et* 10).

Pour nous résumer, nous dirons ceci : Pour étudier les circonvolutions, procédez du simple au composé. Prenez d'abord des cerveaux de singe et de fœtus. Etudiez ensuite sur des cerveaux d'individus

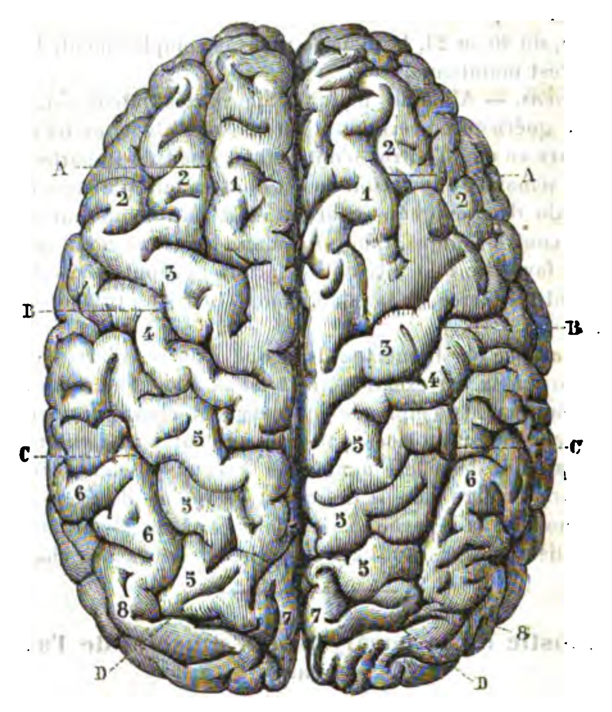


FIG. V. — Circonvolutions du cerveau d'un homme faible d'esprit, d'après M. Pozzi. (Les chiffres indicateurs indiquent les mêmes objets à droite et à gauche).

A, scissure frontale supérieure. B, scissure de Rolando. C, scissure interpariétale. D, scissure perpendiculaire externe.

1, 2, première et deuxième circonvolutions frontales. On aperçoit un peu la troisième, qui n'a pas de chiffre indicateur. 3, circonvolution frontale ascendante. 4, circonvolution pariétale ascendante. 5, 5, lobule pariétal supérieur. 6, 6, lobule du pli courbe (pariétal inférieur). 7, première circonvolution de passage occipito-pariétale. 8. seconde circonvolution de passage occipito-pariétale.

qui présentent un arrêt congénital des facultés intellectuelles et commencez par ceux-ci à défaut de cerveaux de singe ou de fœtus. Lorsque vous posséderez les notions de topographie cérébrale, prenez un cerveau humain d'adulte et vous en distinguerez facilement les divers départements, surtout si vous n'oubliez pas que les circonvolutions se plient et se replient avec de grandes variétés, et que les anfractuosités sont traversées par des *plis de passage* unissant des circonvolutions voisines.

Nous nous sommes peut-être laissé entraîner un peu loin dans un travail destiné aux praticiens. Nous croyons cependant que ces détails ne seront pas inutiles pour comprendre ce qui va suivre. Abordons maintenant les *régions motrices* proprement dite.

4° Du siége des régions motrices en général.

Nous avons déjà dit que les régions, dites *centres moteurs*, siégent à la surface des circonvolutions. Rien dans l'aspect des circonvolutions ne trahit l'existence des régions motrices, on ne les démontre que par l'expérimentation. La nature, comme nous le verrons plus loin, répète quelquefois et d'une manière plus précise, les expériences des physiologistes.

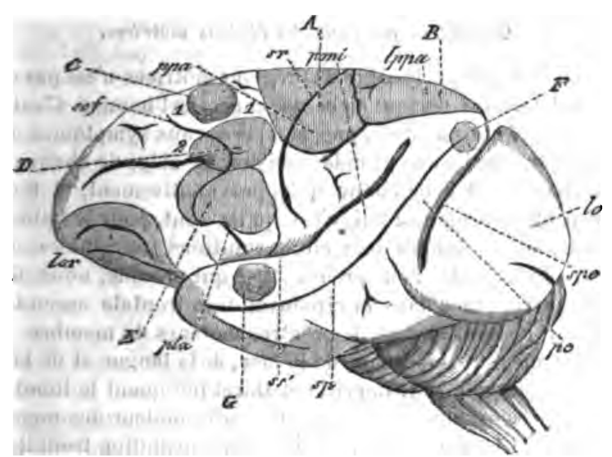


Fig. 11.—**Face externe** de l'hémisphère gauche du singe magot, d'après MM. Broca et Gromier. Figure extraite des *Localisations cérébrales* de M. le professeur Charcot.

Scissures. — *sr*, scissure de Rolando. — *ss'*, scissure de Sylvius. — *spo*, scissure perpendiculaire externe. — *sp*, scissure parallèle.

Régions motrices (d'après Ferrier). — *A*, région motrice du membre supérieur. — *B*, du membre inférieur. — *C*, des mouvements de rotation de la tête et du cou. — *D*. des mouvements de la face. — *E*, des mouvements de la langue, des mâchoires, etc. — *F*, de certains mouvements des yeux. — *G*, des mouvements de l'oreille externe.

Les régions motrices siégent aux environs de la scissure de Rolando, principalement sur les circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. On comprend donc tout l'intérêt que le praticien peut trouver à la connaissance exacte des diverses régions motrices et de leurs rapports avec des points déterminés de la paroi crânienne (fig. 11).

Les régions motrices connues jusqu'à ce jour sont au nombre de sept, parmi lesquelles on en trouve cinq dont l'existence est parfaitement démontrée et dont l'importance ne saurait être méconnue. L'une des plus remarquables de ces régions est celle qui préside aux mouvements du membre supérieur (fig. 11, A), c'est par celle-là que nous commencerons cette description. On trouve encore la région motrice qui tient sous sa dépendance les mouvements du membre inférieur (fig. 11. B), la région motrice pour les mouvements de la langue et des mâchoires (langage articulé) (fig. 11. E), celle qui préside aux mouvements de rotation de la tête et du cou (fig. 11. C), celle des mouvements de la face (fig. 11. D), une région motrice qui préside à certains mouvements des yeux (fig. 11. F), une dernière enfin, peu importante chez l'homme, qui préside aux mouvements de l'oreille externe (fig. 11. G).

Caractères généraux des régions motrices.

Disons d'abord que le siége des régions motrices n'est pas exactement déterminé surtout en ce qui concerne l'homme. C'est par l'étude des lésions anatomiques comparées aux symptômes qu'on arrivera plus tard à une grande précision. Le siége de chaque centre moteur n'est donc connu qu'approximativement, et tout ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est qu'ils sont, pour les plus importants, situés sur les deux circonvolutions marginales de la scissure de Rolando. Pour preuve de ce qui précède, nous dirons que M. Hitzig place dans la circonvolution frontale ascendante, en allant de haut en bas, les centres moteurs du membre inférieur, du membre supérieur, de la face, de la langue et de la mâchoire, tandis que MM. Carville et Duret indiquent le lobule pariétal supérieur comme le siége du centre moteur des membres inférieurs, et le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante comme siége du centre moteur du membre supérieur.

Excitants. Un seul excitant provoque des mouvements lorsqu'il est appliqué sur les centres moteurs, c'est l'*électricité*. Irritez, pressez, piquez, déchirez, broyez, brûlez la surface et la profondeur des circonvolutions avoisinant la scissure de Rolando, vous n'obtiendrez aucun mouvement. Faites passer un courant, vous verrez aussitôt les muscles se contracter.

Effets de l'excitant : 1° L'excitation des régions motrices par

l'électricité produit des contractions musculaires *toujours du côté opposé à la lésion*. 2° Cette excitation produit d'abord des *mouvements physiologiques*, mais si on la prolonge on observe de la *contracture* dans les mêmes muscles, plus tard des *convulsions cloniques*, puis enfin par une sorte de diffusion, une extension des convulsions qui simulent une attaque d'*épilepsie* partielle ou même hémiplégique.

Effets de la destruction des centres moteurs. 1° La destruction d'une région motrice produit une parésie plus ou moins prolongée des mouvements régis normalement par cette région motrice. 2° Lorsqu'on a enlevé toute la couche grise de la circonvolution sur laquelle siége la région motrice, l'électrisation des fibres blanches sous-jacentes produit les mêmes mouvements que l'excitation de la substance grise enlevée (Carville et Duret). On peut donc se demander si l'excitation des régions motrices agit directement sur les cellules de la substance grise, ce qui parait probable au point de vue théorique, ou indirectement sur les fibres de la substance blanche.

Structure des régions motrices. Les régions motrices ne peuvent point être distinguées anatomiquement. La couleur et la forme des circonvolutions ne sont pas changées ; l'épaisseur de la substance grise des circonvolutions est la même à leur niveau ; on est donc forcé, pour les trouver, d'avoir recours à l'électricité. Cependant, nous devons dire qu'il existe dans les régions motrices et dans le lobule paracentral de la face interne qui en fait partie, des cellules nerveuses spéciales sur lesquelles nous allons nous arrêter un instant.

Est-il utile de rappeler que les centres nerveux sont formés par une agglomération de cellules nerveuses (foyer de l'influx nerveux) et de fibres nerveuses (conducteurs de l'influx nerveux) ? Toute fibre nerveuse des centres nerveux est en rapport avec deux cellules nerveuses par ses extrémités ; elle est unie aux cellules nerveuses par le cylinder axis qui se confond avec l'un des prolongements de la cellule.

Dans les centres nerveux toutes les parties qui ne sont pas parfaitement blanches renferment une quantité variable de cellules nerveuses qui infiltrent la substance blanche et interrompent la continuité des tubes nerveux. Les parties grises sont remplies de cellules nerveuses.

La substance grise des circonvolutions n'est autre chose qu'un amas considérable de cellules nerveuses disposées en couches. Ces couches superposées sont traversées par des faisceaux des fibres nerveuses de la substance blanche qui se terminent dans ces cellules. Ces couches de cellules ayant la *névroglie*, substance conjonctive des centres nerveux, pour gangue, forment des cou-

ches visibles à l'œil nu sur la tranche verticale mince d'une circonvolution.

On croit généralement que ces cellules s'anastomosent entre elles par leurs prolongements de manière à former un *réseau de cellules* comparable à un réseau de bureaux télégraphiques reliés par des fils électriques. Parmi les prolongements des cellules nerveuses motrices de la moelle épinière, il y en a un qui a été décrit par Deiters et qui s'enfoncerait dans la substance blanche

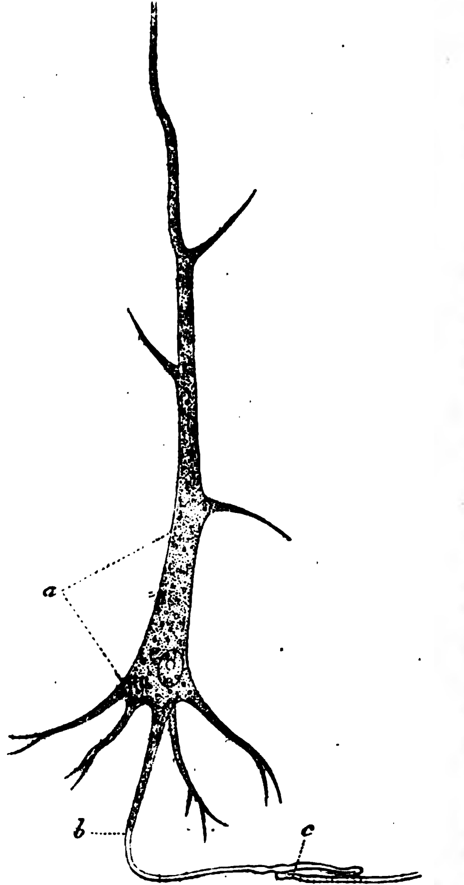


Fig. 12. — Cellule pyramidale géante du lobule paracentral et des régions motrices, circonvolution frontale ascendante et pariétale ascendante.
a, protoplasma dirigé vers la surface du cerveau. — *bo*, prolongement de la base de la cellule se continuant avec une fibre nerveuse.

en se recouvrant de myéline de manière à former un tube nerveux. En d'autres termes, Deiters aurait décrit la continuité entre les tubes nerveux de la substance blanche et les cellules de la substance grise de la moelle. Ce que Deiters a trouvé pour la moelle, M. Korchewnikoff paraît l'avoir trouvé dans le cerveau

sur des malades ayant succombé à l'encéphalite. Cette continuité des fibres et des cellules dans le cerveau a été contrôlée par plusieurs observateurs et notamment par M. Meynert qui donne au prolongement en question le nom de *prolongement basal* (fig. 12, *b*), parce qu'il part toujours de la base de la cellule qui a une forme pyramidale.

MM. Betz et Mezierjewski ont étudié les *cellules pyramidales géantes*, cellules colossales, ayant une grande analogie de forme et de dimension avec les cellules motrices, multipolaires des cornes antérieures de la moelle épinière. Ces cellules, que l'on pourrait, à la rigueur, apercevoir à l'œil nu, ont le sommet dirigé vers la surface des circonvolutions et leur base appuyée sur la substance blanche. C'est de cette base que part le prolongement basal comme nous venons de le dire (fig. 12, *b*).

Ce que nous voulons faire remarquer, c'est ceci : *les cellules pyramidales, colossales, géantes, siègent dans les régions motrices;* dans la circonvolution frontale ascendante, dans l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante, et dans le lobule paracentral. Chez le chien en particulier, les cellules n'existent que dans les régions motrices, or ces régions sont un peu différentes de celles du singe et de l'homme. Les cellules géantes caractérisent donc les régions motrices des circonvolutions cérébrales.

Rapports des régions motrices corticales avec les régions motrices centrales. Il semble que la découverte des régions motrices de l'écorce cérébrale doive annuler, pour ainsi dire, dans le cerveau, celles qu'on avait trouvé dans l'axe gris cérébro-spinal, Je m'explique : nous savons que la plupart des nerfs crâniens naissent d'amas, de régions, de centres, situés sur le plancher du 4e ventricule ou au-dessous de l'aqueduc de Sylvius. Ces groupes de cellules, connus sous le nom de noyaux d'origine des nerfs crâniens, font partie de l'axe gris cérébro-spinal, c'est-à-dire de cette colonne de substance grise qui part de l'extrémité inférieure de la moelle et qui se termine au septum lucidum en passant par le plancher du 4e ventricule, par l'aqueduc de Sylvius et par le 3e ventricule. Nous savons, par exemple, que le noyau d'origine de la 7e paire (facial) est situé au milieu du plancher du 4e ventricule, de chaque côté du calamus scriptorius. De ces cellules nerveuses partent les fibres du facial. La destruction de ces cellules paralyse le facial. Voilà bien l'origine réelle de ce nerf.

Or, l'étude des centres moteurs nous apprend qu'il existe à la partie postérieure de la 2e circonvolution frontale, une région motrice dont l'excitation produit la contraction des muscles de la partie inférieure de la f ce. Admettrons-nous qu'il existe des

fibres du facial qui partent des cellules de la région motrice et qui se portent vers le tronc du facial sans passer par le noyau contenu dans le bulbe ? Certainement. Nous nous plaisons à espérer que l'expérimentation et les faits pathologiques viendront confirmer ce point de vue théorique, que les nerfs crâniens sont formés : 1° de fibres étendues des nerfs crâniens à leurs noyaux d'origine ; 2° de fibres qui se portent de ces mêmes nerfs aux régions motrices, aux groupes de cellules de la substance corticale du cerveau. Un autre faisceau de fibres met peut-être en rapport le noyau d'origine réelle du nerf facial avec la région motrice de la 2e circonvolution frontale. On reconnaîtra peut-être qu'il existe des faisceaux semblables étendus du noyau d'origine de chaque nerf appartenant à l'axe gris cérébro-spinal à la substance grise des hémisphères cérébraux. Cette dissociation des fibres du facial est une pure hypothèse qui acquiert un certain degré de probabilité dans la paralysie des muscles inférieurs de la face consécutive à une lésion de certaine région motrice.

Un mot seulement des régions centrales du cerveau, intermédiaires à l'axe gris cérébro-spinal et à la substance grise des circonvolutions. On nous pardonnera, nous l'espérons, cette digression qui sera courte, mais à laquelle nous ne saurions nous soustraire en raison de son importance. Nous voici en présence de trois parties importantes du cerveau : l'axe gris, la substance grise des circonvolutions et les faisceaux de fibres nerveuses, étendues des cellules de l'axe gris aux cellules des circonvolutions, faisceaux qui peuvent expliquer l'action de certaines régions motrices.

Un autre élément entre dans la composition du cerveau; nous voulons parler des fibres des pédoncules cérébraux et des ganglions volumineux situés sur leur trajet (couches optiques, corps striés). Nous réclamons ici un peu d'attention.

Les pédoncules cérébraux portent au cerveau les fibres de la moelle épinière et du bulbe. Le pédoncule cérébral, d'abord arrondi, s'aplatit de plus en plus en passant au-dessous de la couche optique, à laquelle il abandonne un certain nombre de fibres. Il continue à se porter en dehors en divergeant, en rayonnant, et il aborde le corps strié immédiatement après avoir quitté la couche optique. Les fibres du pédoncule disposées en forme d'éventail passent au milieu du corps strié qu'ils divisent en deux moitiés, supérieure et inférieure.

La couche optique, renfermant un nombre prodigieux de cellules nerveuses, repose par sa face inférieure, sur le pédoncule cérébral qui lui abandonne la plupart des fibres du pédoncule occupant les couches supérieures, entre le *locus niger* et les *tuber-*

cules quadrijumeaux. La couche optique, libre du côté du ventricule latéral par sa face supérieure, est unie par des fibres aux cellules du corps strié, et par d'autres fibres rayonnantes aux cellules des circonvolutions cérébrales ; elle représente donc un ganglion nerveux situé sur le trajet des fibres étendues des circonvolutions aux parties plus inférieures.



Fig. 13. — Dispositions des cellules nerveuses multipolaires et de leurs prolongements dans la substance grise du cerveau.

1, 2, 2, trois cellules anastomosées. — 4, 4, 4, prolongement se continuant avec les fibres nerveuses.

On appelle *capsule interne* (Burdach) les fibres rayonnantes du pédoncule cérébral qui traversent le corps strié. La capsule interne est formée, *en partie*, par l'étage inférieur du pédoncule cérébral, c'est-à-dire par la portion superficielle située en avant du locus niger, par cette portion qu'on appelle encore le *pied* du pédoncule. La capsule interne perd son nom au moment où ses fibres divergentes abandonnent le corps strié. C'est là que commence la *couronne rayonnante de Reil* formée par le rayonnement des mêmes fibres.

Voici les *rapports* de la capsule interne : La portion du corps strié située au-dessus se voit dans le ventricule latéral, en avant et en dehors de la couche optique ; c'est le *noyau caudé*, d'un gris rougeâtre ; c'est cette portion décrite souvent sous le nom de

noyau gris intra-ventriculaire du corps strié. La portion du corps strié situee au-dessous de la capsule interne est le *noyau lenticulaire*, ou *noyau gris extra-ventriculaire.*

Nous avons vu que la couche optique reçoit une partie des fibres du pédoncule cérébral. Le corps strié en reçoit également. La plupart des fibres qui constituent la capsule interne se détachent : 1° de la face supérieure de cette capsule pour s'unir au noyau caudé ; 2° de la face inférieure pour se confondre avec le noyau lenticulaire.

Pour M. Luys, la couche optique recevrait *toutes* les fibres sensitives et des pédoncules cérébraux, le corps strié recevrait *toutes* les fibres motrices, de sorte que la capsule interne serait uniquement formée par des fibres rayonnantes étendues de la couche optique et du corps strié aux circonvolutions.

Cependant, des faits pathologiques publiés par M. Charcot semblent ne pas devoir laisser de doutes sur le mode de constitution de la capsule interne. Pour M. Charcot, cette capsule serait formée de deux ordres de fibres, principalement de *fibres rayonnantes* étendues des couches optiques et des corps striés aux circonvolutions, accessoirement de *fibres directes* allant des pédoncules cérébraux aux circonvolutions sans continuité avec les cellules de ces deux ganglions centraux. (Voyez un peu plus loin : quelques faits pathologiques). Des faits expérimentaux et pathologiques permettraient même de considérer deux portions dans les fibres directes de la capsule interne, une *portion antérieure motrice*, occupant les deux tiers antérieurs de la capsule interne, en rapport avec les mouvements des membres et une *portion postérieure, sensitive*, occupant le tiers postérieur de la capsule interne, en rapport avec la sensibilité.

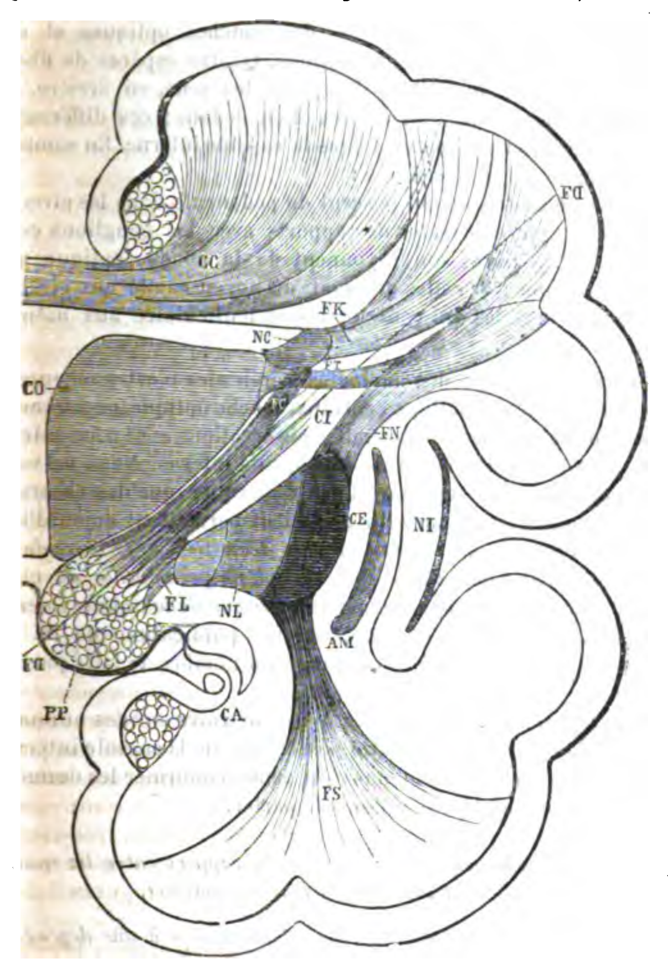
Les fibres de la capsule interne sont légèrement ascendantes à mesure qu'elles se portent en dehors. La capsule interne a donc une face supéro-interne en rapport avec le noyau caudé, une face inféro-externe en rapport avec le noyau lenticulaire, une extrémité interne formée de faisceaux condensés qui se continuent avec le pédoncule cérébral, et une extrémité externe, très-étendue, comme le bord d'une éventail, se continuant sous le nom de *couronne rayonnante* avec les fibres qui se rendent aux cellules de la substance grise des circonvolutions.

Le *noyau caudé* est situé entre la cavité du ventricule latéral, la face supéro-interne de la capsule interne et la face antéro-externe de la couche optique.

Le *noyau lenticulaire* est situé entre la face inféro-externe de la capsule interne et l'*insula de Reil.* La face inférieure du noyau lenticulaire est séparée de l'insula de Reil par un plan de fibres nerveuses embrassant cette face et connu sous le nom de *capsule*

Fig. 14. — Coupe schématique destinée à faire comprendre la disposition des fibres de la capsule interne.

CC, fibres du corps calleux se portant aux circonvolutions. — NI, insula de Reil au fond de la scissure de Sylvius. — CO, noyau caudé. — NL, noyau lenticulaire. — De FL à CI, capsule interne. — FD, FD, fibres di-



rectes allant du pédoncule cérébral aux circonvolutions. — FL, fibres du pédoncule cérébral allant au noyau lenticulaire. — FC, fibres du pédoncule cérébral allant au noyau caudé. — FS, fibres radiées allant du noyau lenticulaire à la partie postérieure de l'hémisphère. — FN, fibres radiées du même noyau allant vers le lobe sphénoïdal. — FK, fibres radiées allant du noyau caudé aux circonvolutions. — CE, capsule externe. — AM, avant-mur.

externe. En dehors de la capsule externe il existe une mince couche de substance grise qui sépare la capsule externe de la base de l'insula. Cette masse grise offre une certaine analogie avec le locus niger ; on lui donne le nom d'*avant-mur*.

La *couronne rayonnante de Reil* est formée par les fibres qui s'irradient des parties externes des couches optiques et des corps striés jusqu'aux circonvolutions. Quatre espèces de fibres la constituent et se portent dans tous les sens, en arrière, en avant, en haut, en bas, en dehors et en dedans ; ces différentes fibres peuvent être reconnues dans la capsule interne. En somme, on distingue parmi ces fibres :

1° Les *fibres directes* qui passent du pédoncule dans les circonvolutions sans contracter de rapports avec les ganglions centraux ; 2° les fibres qui rayonnent de la couche optique aux circonvolutions ; 3° celles qui vont du noyau caudé aux circonvolutions ; 4° celles qui vont du noyau lenticulaire aux mêmes régions.

— La localisation des maladies cérébrales n'est pas encore possible dans les ganglions centraux, couche optique, noyau caudé et noyau lenticulaire : de nouvelles observations sont nécessaires. Il n'en est pas de même de la capsule interne. Nous ne voulons pas quitter ce sujet sans faire remarquer que des observations recueillies avec un soin minutieux permettent aujourd'hui de dire qu'*une lésion siégeant sur les deux tiers antérieurs de la capsule interne donne lieu à une hémiplégie permanente du mouvement. Les lésions occupant le tiers postérieur de la capsule interne donnerait lieu à une hémianesthésie.* Les publications de M. le professeur Charcot renferment un grand nombre de faits pathologiques confirmatifs de cet énoncé.

MM. Veyssière et Durel ont essayé de détruire sur des animaux la partie antérieure et la partie postérieure de la capsule interne ; les résultats qu'ils ont obtenus sont venus confirmer les données pathologiques dont nous venons de parler.

Quelques faits pathologiques indiquant un rapport entre les symptômes et les lésions des régions motrices.

1° *Les lésions corticales du cerveau donnent lieu à une dégénération secondaire des fibres de la moelle épinière.* Les faits suivants présentés à la *Société de Biologie*, séance du 21 octobre 1876, par M. le Dr Pitres, démontrent que les fibres nerveuses qui aboutissent aux régions motrices sont bien des fibres directes venues de la moelle et traversant les pédoncules cérébraux.

M. Pitres a signalé plusieurs cas de lésions de l'écorce des hémisphères. Toutes les fois que ces lésions siégeaient sur les

régions motrices, on a observé une altération des fibres directes, qui se trouvaient privées de leur *centre trophique*. C'est à MM. les professeurs Charcot et Vulpian que revient le mérite d'avoir signalé ce fait important d'anatomie pathologique. Nous ne citons ici que les observations principales.

1re *Observation*. — Laub..., 18 ans; *hémiplégie* infantile *gauche*, consécutive à des convulsions survenues pendant la convalescence d'une rougeole. *Epilepsie partielle, contracture des membres du côté gauche*. Mort en état de mal épileptique, après une série de 297 accès. A l'autopsie on trouva une *plaque d'atrophie corticale* siégeant sur l'hémisphère *droit*, en avant du sillon de Rolando, et intéressant la *circonvolution frontale ascendante et le pied des deux premières frontales*; le *lobule paracentral était atrophié* dans toute son étendue; couche optique et corps striés sains. La *capsule interne* de ce côté était notablement plus étroite que celle du côté opposé. Il en était de même du pédoncule cérébral droit, de la moitié droite de la protubérance et de la pyramide antérieure droite. Une *bande* longitudinale *de sclérose* descendante occupait, dans toute la hauteur de la moelle, la partie postérieure du *cordon latéral du côté gauche*. En outre, dans la région cervicale seulement, on trouvait un petit faisceau sclérosé à la partie interne du cordon antérieur droit, ainsi que cela s'observe quelquefois dans les dégénérations secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

2e *Observation*. — Muller, 79 ans, *hémiplégie droite* datant de quatre ans, *contracture* des membres paralysés, sensibilité conservée. A l'autopsie, on trouve un *ramollissement cortical*, jaune, ancien, ayant détruit les deux tiers inférieurs de la *circonvolution pariétale ascendante* du côté *gauche*. Les autres parties de l'écorce et les noyaux centraux sont sains. La protubérance est asymétrique; sa moitié gauche est *plus petite* que la droite : atrophie et teinte grisâtre de la pyramide antérieure gauche; cette teinte grise se prolonge sur le cordon latéral droit du bulbe. Sur toutes les coupes, on constate un aplatissement très-notable de la pyramide antérieure gauche et un îlot losangiquede sclérose, très-nettement limité et siégeant à la partie antéro-interne de cette pyramide.

3e *Observation*. — Merl..., 10 ans, entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot), le 2 janvier 1876, pour une *hémiplégie infantile droite* survenue à la suite de convulsions. *Epilepsie partielle*; *parésie avec contracture des membres du côté droit*; sensibilité conservée. A l'autopsie, on trouve un *ramollissement* avec *atrophie* de tout le *lobule paracentral* du côté *gauche* et du tiers antérieur du lobe carré. Ce ramollissement s'étend à peine de 1 centimètre sur l'extrémité supérieure des circonvolutions frontale et

pariétale ascendantes : intégrité complète des noyaux centraux. La moelle a été examinée après durcissement. Sur des coupes, préparées par les procédés ordinaires, on voit qu'il existe, dans toute la hauteur de la moelle, une tache de sclérose fasciculée, siégeant à la partie postérieure du cordon latéral du côté droit, ne différant par aucun de ses caractères histologiques des scléroses fasciculées secondaires tenant à des masses centrales.

2° *Les troubles moteurs observés dans la paralysie générale sont en rapport avec les lésions inflammatoires de la surface des circonvolutions fronto-pariétales, siége de la plupart des régions motrices.* Plusieurs médecins aliénistes avaient été frappés du siége constant des lésions de paralysie générale et des troubles variés de la motilité observés chez ces malades; on croyait généralement qu'il existait quelque altération histologique dans la moelle.

M. A. Foville, frappé des découvertes récentes sur les régions motrices des circonvolutions, considérant d'autre part la constance de la lésion de ces circonvolutions et des phénomènes paralytiques dans la paralysie générale des aliénés, est arrivé à des conclusions importantes. Voici les principales :

1° La paralysie générale des aliénés a pour caractères pathologiques : a)au point de vue symptomatique, des troubles constants de la motilité ; b) au point de vue anatomique, une altération constante de la substance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

4° L'existence des centres moteurs..... permet de rendre un compte exact de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies partielles limitées à tels ou tels organes dans la paralysie générale.

5° C'est d'abord par l'excitation que produisent dans les différents centres moteurs l'hyperémie au début de la maladie et les poussées congestives successives, et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période de déclin que s'expliquent les troubles de la motilité.....

6° En résumé, dans la paralysie générale, les lésions corticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause directe des troubles de la motilité; de la localisation et de l'intensité de ces lésions dépendent la localisation et l'intensité des accidents spasmodiques et paralytiques.(Extrait d'une communication faite à l'Académie de médecine le 5 décembre 1876).

3° *Les convulsions et paralysies partielles observées dans la méningo-encéphalite indiquent l'envahissement des circonvolutions fronto-pariétales par la phlegmasie.* M. le Dr Landouzy, chef de clinique adjoint à l'hôpital de la Charité, fils de Landouzy, l'éminent clinicien de l'Ecole de Reims, a publié sur ce sujet un travail con-

sidérable et bien fait, ayant pour titre : *Contributions à l'étude des convulsions et des paralysies liées aux méningo-encéphalites.* Nous regrettons que les limites que nous nous sommes imposé pour ce travail ne nous permettent pas d'analyser en détail la thèse de M. Landouzy, dont nous ne pouvons parler que d'une manière accessoire; mais nous engageons vivement le praticien à lire les nombreuses observations qui y sont contenues et les judicieuses réflexions de M. le Dr Landouzy.

Nous pourrions citer encore quelques observations curieuses de M. H. Jackson sur l'épilepsie partielle provoquée par des lésions des circonvolutions fronto-pariétales du lobe opposé, mais nous nous laisserions entraîner trop loin. Nous allons aborder maintenant l'étude de chaque région motrice en particulier.

5° Du siége des régions motrices des circonvolutions en particulier.

D'après ce qui précède, il ne nous paraît pas possible d'hésiter à reconnaître qu'il existe bien réellement des régions motrices localisées dans les envions de la scissure de Rolando. Tant de faits témoignent en faveur de ces centres moteurs qu'il serait, disons le mot, absurde d'en nier l'existence. Nous allons nous occuper maintenant de préciser le siége de ceux qui sont connus jusqu'à ce jour avec observations à l'appui.

a. — Région motrice présidant aux mouvements du membre supérieur du côté opposé (fig. 11, A).

Cette région motrice occupe *la partie supérieure de la scissure de Rolando*. Elle est à cheval sur la scissure, mais elle paraît siéger plus particulièrement sur le *tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante*. Il semble que le lobule paracentral doive lui être rattaché.

On comprend qu'une limitation exacte de ce centre moteur soit difficile. Les observations suivantes, dont nous donnons le résumé, aideront à faire comprendre le siége précis de la région que nous désirons faire connaître à nos lecteurs.

Observation de M. Raynaud. — Note sur un cas de paralysie des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras liée à une lésion siégeant sur le sillon de Rolando.

M. Maurice Reynaud, médecin des hôpitaux, présente à la Société anatomique, le 25 juillet 1876, le cerveau d'un phthisique âgé de 30 ans. La maladie marchait assez rapidement.

Le mercredi 19 juillet, dit M. Raynaud, pendant la visite du soir, il se sentit pris d'une faiblesse du membre supérieur gauche, dont il se plaignait par un cri terne, M. Dave, qui assista

ainsi au début de la paralysie. Cette faiblesse, qui occupait principalement l'avant-bras, alla en augmentant les jours suivants, jusqu'à la mort du malade, qui survint le samedi,3 jours après.

Le malade avait pleine connaissance; il existait un œdème notable de l'avant-bras et de la main gauche. Les deux membres inférieurs étaient infiltrés. — *Faiblesse du membre supérieur gauche*, beaucoup plus accusée à l'avant-bras qu'au bras. Ainsi le mouvement d'*abduction du bras* (deltoïde), ceux de *flexion* et d'*extension de l'avant-bras* sur le bras (biceps et triceps brachial) se font encore avec facilité, quoique avec une énergie certainement moindre que du côté sain.

A l'*avant-bras*, *paralysie absolue des extenseurs*. La main est tombante, et le malade essaie vainement de la relever. Le muscle long supinateur participe à cette paralysie. On croirait donc avoir affaire à une paralysie du nerf radial. Mais il y a aussi de la faiblesse des fléchisseurs. La contractilité électro-musculaire est conservée.

Il n'existe aucune modification de la sensibilité du membre malade.

Il n'y a pas de trace d'hémiplégie faciale, ni de paralysie du membre inférieur gauche Il n'y a pas davantage apparence de céphalalgie; pas le moindre trouble de la parole; on ne constate ni perte de mémoire, ni désordre du côté de l'intelligence. Cet individu paraissait avoir des facultés intellectuelles naturellement assez obtuses; il reste, après son accident, ce qu'il était auparavant.

Nous avons donc affaire à une véritable *monoplégie*, celle-ci même extrêmement limitée, puisqu'elle a son siége,de beaucoup le plus marqué, dans les *muscles extenseurs de l'avant-bras gauche.*

Autopsie. Une fois la pie-mère enlevée, on découvre du côté droit une lésion corticale excessivement circonscrite. Disons tout de suite, que c'est bien elle qui doit être considérée comme la cause de la paralysie; car d'une part, on ne trouve rien à signaler du côté des corps opto-striés; d'autre part, le renflement cervical de la moelle et les racines motrices qui en émergent ont fait l'objet d'un examen attentif, qui a montré ces parties dans un état d'intégrité complète.

La *lésion* siége dans le sillon de Rolando, *à 5 cent.* 1[2 *du bord supérieur et interne de l'hémisphère droit*. En ce point on trouve, au fond du sillon de Rolando, un petit *tubercule* gros comme *un grain de millet*, qui plonge dans la substance corticale et adhère à la face profonde de la pie-mère légèrement soulevée à ce niveau. *Autour de ce tubercule existe une zone de ramollissement rouge* caractérisé par un pointillé hémorrhagique très-confluent

(apoplexie capillaire). Examiné par la surface, *ce foyer* présente une hauteur d'environ *un centimètre*. «Il occupe à la lèvre postérieure de la scissure de Rolando, *circonvolution* pariétale ascendante, un point assez circonscrit pour pouvoir être couvert par la pulpe du doigt et situé sur le prolongement d'une ligne antéro-postérieure passant par la base de la deuxième circonvolution frontale. » (*A suivre.*)

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Faculté de médecine.* — Le Doyen de la Faculté a réuni mercredi dernier les docteurs en médecine qui ont été autorisés par le ministre de l'Instruction publique à faire un cours dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique. Les jours et les heures de ces cours ont été fixés. Des affiches placardées dans la cour de l'Ecole pratique indiqueront le jour de l'ouverture de chaque cours.

— *Cours public et gratuit d'anatomie des régions appliquées à la chirurgie.* — M. le Dr Fort commencera ce cours le lundi 9 avril 1877, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— *Cours particulier de médecine opératoire.* — M. le Dr Fort commencera ce cours le mardi 10 avril à 1 heure dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique et le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Les élèves seront exercés aux manœuvres opératoires. Pour entrer à l'Ecole pratique, ils doivent se pourvoir d'une carte au secrétariat de l'Ecole de médecine. On s'inscrit pour le cours, rue Jacob, 21.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours, pour *trois places de chirurgien* des hôpitaux s'ouvrira le lundi 30 avril 1877, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 29 mars 1877, de midi à trois heures, pour être clos définitivement le samedi 14 avril, à trois heures.

— *Vacances de Pâques.* — Les vacances de Pâques de la Faculté dureront huit jours, depuis le dimanche 1er avril jusqu'au lundi 9 exclusivement.

— Le roi d'Espagne vient de nommer M. le Dr Brochard, rédacteur en chef de *La jeune Mère*, chevalier de l'Ordre royal de Charles III, en récompense de ses nombreux travaux sur l'enfance.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 13. 29 Mars 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 28 mars 1877.

— L'*Académie des sciences* ne se doute peut-être pas que des jurés dorment d'un sommeil agité et rêvent que l'ombre de l'herboriste Moreau les tire par les pieds, depuis qu'on annonce que les sels de cuivre ne sont pas toxiques. On attend des expériences décisives avec une impatience fiévreuse. Comme la science ne sera jamais fixée tant que les Galippe expérimenteront sur tous les animaux de la création, il est probable qu'on en viendra à proposer des expériences sur les condamnés qui font de la médecine opératoire de fantaisie sur les femmes. C'est alors qu'on saura si l'on peut empoisonner son prochain avec le sulfate de cuivre.

— L'*Académie de médecine* a entendu M. le Dr Gueneau de Mussy qui a répondu à MM. Bouley et Jaccoud dans la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Du choc jaillira, espérons-le, la lumière. Nous reparlerons de cette question à nos lecteurs.

M. Péan, chirurgien de l'hôpital St-Louis, a présenté à l'Académie une pièce anatomique fort intéressante, provenant d'une tumeur utérine d'une nature excceptionnelle qu'il a enlevée en pratiquant la gastrotomie. Avant l'opération, cette tumeur, sur une femme de 53 ans, avait toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire à contenu sanguin, ainsi que l'on constaté MM. Péan et Spencer Wells. La tumeur était, en réalité, formée par l'utérus lui-même hypertrophié contenant dans ses parois plusieurs kystes. Sur les parois du kyste le plus important, examiné au laboratoire de M. Robin, on a trouvé des productions

morbides disséminées, de nature *sarcomateuse.* Sans parler de cette opération dont nous connaitrons plus tard les résultats, M. Péan compte un grand nombre de succès dans l'opération de la gastrotomie pour l'extirpation de fibromes utérins : 13 guérisons sur 20 opérations.

— La nouvelle du jour est l'inauguration du Cours de pathologie interne de M. Peter, l'un des nouveaux professeurs de la *Faculté de médecine.* Comme son collègue M. Jaccoud, M. Peter a fait sensation. Doué de qualités différentes de celles de son collègue, le jeune professeur a eu un début des plus heureux et s'est acquis d'emblée la sympathie de son auditoire. C'est faire le plus bel éloge du professeur de pathologie interne que de dire qu'il est arrivé uniquement par un travail opiniâtre, sans appui et sans fortune. *Labor improbus omnia vincit.*

— Nous avons parlé dans l'un des derniers numéros d'une charge à fond de train faite, par M. le professeur Le Fort, contre un médecin qui prétend guérir les cancers sans opération. Nous n'avions pas donné le nom de l'élégant charlatan, parce que, contrairement à M. Le Fort, nous pensons qu'on fait l'affaire des charlatans en faisant du bruit autour d'eux. Aujourd'hui que tous les journaux ont désigné le comte de Bruc, représentant à Paris de la République de San-Marino, nous n'avons plus de raison de taire son nom. M. de Bruc avait été accusé, par M. Le Fort, de se décerner des titres honorifiques et d'abuser ainsi de la confiance du public. Le même de Bruc a adressé une lettre de réclamation à la Société de chirurgie et il a profité de l'occasion pour essayer de faire une réclame à son traitement du cancer sans opération ! Une commission, composée de MM. Giraud-Teulon, Bonnet et Marjolin, s'est livrée à une enquête, de laquelle elle a conclu que tous les faits énoncés par M. Le Fort sont absolument exacts et qu'il n'a rien à rétracter des termes dont il s'est servi à l'égard de M. de Bruc. La commission regrette que M. le comte de Bruc use de la grande faveur qui lui a été accordée pour oublier comme il le fait le respect dû à la dignité et à l'honorabilité professionnelles. (Très-bien !)

S'il nous était permis de donner un conseil à la Société, nous l'engagerions à ne plus s'occuper de ce monsieur. Tou les médecins savent, le comte en tête, que le cancer

ne se guérit pas sans opération. Comme il y a toujours de par le monde des imbéciles qui ne demande pas mieux que d'être trompés, il faut éviter de donner aucune espèce de publicité aux faits et gestes d'un charlatan.

Si l'on veut être édifié sur la manière de procéder du *cancricide* ou *cancrifuge*, on n'a qu'à lire la quatrième page des journaux politiques qui se publient dans les chefs-lieux de nos principaux départements.

— Jeudi dernier, la Faculté, sur la demande du ministre, a présenté une liste de candidats pour la *chaire de clinique des maladies mentales*. En première ligne, M. Ball, agrégé; en deuxième, M. Magnan; en troisième, M. Voisin; en quatrième, M. Foville.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Hernie crurale étranglée; débridement sans ouverture du sac; guérison.

La nommée X..., âgée de 60 ans, est entrée à l'hôpital le 17 mai 1875. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle s'est aperçue *pour la première fois*, assure-t-elle, de l'existence d'une tumeur douloureuse siégeant dans l'aine droite. Depuis ce moment, la malade n'a eu qu'une selle très-peu abondante, la veille de son entrée. Elle a des vomissements abondants depuis trente-six heures; elle prétend ne rendre que ce qu'elle prend. Cependant il y a devant nous un vomissement manifestement fécaloïde. Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, n° 17, à cinq heures du soir.

17 mai. On constate l'existence dans l'aine droite d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur est irréductible : elle n'a pas cessé de l'être depuis que la malade s'est aperçue de sa présence; elle n'est d'ailleurs ni rouge, ni enflammée. Elle siége manifestement au-dessous d'une ligne qui irait de l'épine iliaque à l'épine du pubis. C'est une hernie crurale étranglée.

M. Alph. Guérin procède à l'opération à sept heures du soir. Une incision longue d'environ 5 à 10 centimètres est faite à la peau et aux tissus sous-jacents jusqu'au sac *qui n'est pas ouvert*. Un premier débridement fait avec un bistouri boutonné à la partie supérieure de l'anneau d'étranglement ne suffit pas; la tumeur paraît étranglée sur le ligament de Gimbernat. Enfin, l'étran-

glement est levé par un débridement dirigé en dedans. Les lèvres de la plaie sont réunies par une suture entortillée. On applique un pansement ouaté.

Le 18. La malade ne souffre pas. Elle n'a pas eu de garde-robe; mais elle a rendu des gaz par le rectum. Le pouls est à 160, la température à 37° 6; température du soir, 38° 9.

Le 19. Température du matin, 38°; du soir 38° 6.

Le 20. La malade a une selle. Température du matin, 38° 4; du soir, 38° 8.

Le 21. La malade continue à ne pas souffrir; elle a encore dans la journée une selle facile. Température du matin, 37° 5; du soir, 38°.

Le 22. On enlève l'appareil ouaté, ainsi que les épingles. La réunion n'a pas eu lieu. Du reste, la malade va toujours bien; sa fièvre est peu élevée. Température du matin, 37° 5; du soir 37° 6. Cataplasmes.

Le 23, Température du matin, 37° 5; du soir, 38° 4.

Le 24. La malade a eu deux selles. Température du matin, 37° 2; du soir, 38°.

Le 25. Température du matin, 37° 2; du soir, 37° 8.

Le 26. Température du matin, 37°; du soir. 37° 2.

Depuis ce moment, la température est restée normale, oscillant autour de 37°.

Le 28. On substitua le pansement simple aux cataplasmes. Deux jours après, on revint à une légère compression avec un peu de ouate.

3 juin. Un petit abcès a apparu en dedans de l'épine iliaque droite, on l'incise. Cet abcès a été guéri en quelques jours, et le 20 juin la malade est sortie complètement rétablie.

L'observation précédente a été recueillie par M. le Dr Affre dans le service de M. Alph. Guérin; nous l'extrayons de sa thèse *Sur l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.*

M. Affre est partisan de l'opération de Jean-Louis Petit, c'est-à-dire du débridement sans ouverture du sac.

1° Cette opération diminue les chances du péritoine;

2° Elle expose moins à la blessure de l'intestin.

Sur une série de 352 cas de kélotomie sans ouverture du sac, le Dr Affre a trouvé 267 guérisons et 85 morts, ce qui fait moins d'un quart.

L'opération avec ouverture du sac donne près de 50 0/0 de mortalité (Collin, Gosselin, etc.).

Indications de l'opération : 1° Le débridement de l'anneau sans ouverture du sac est indiqué pour les hernies intestinales et les entéro-épiplocèles non gangrenées. Il est applicable surtout aux hernies crurales et ombilicales. On sait que le plus souvent l'é-

tranglement de la hernie crurale a lieu par l'un des trous du fascia cribriformis.

« Dans la hernie crurale, jamais l'étranglement n'a lieu par l'anneau, qui est beaucoup trop large, quelquefois par le collet du sac, mais le plus souvent par un des trous du fascia cribriformis. » (Malgaigne. Leçons cliniques sur les hernies, Gaz. des hôpitaux, 1854.).

2° Le débridement de l'anneau sans réduction est indiqué pour les grosses hernies fortement enflammées. La non-réduction est presque nécessaire dans le cas d'irréductibilité antérieure à l'étranglement.

3° Le débridement de l'anneau sans découvrir le sac est indiqué pour les grosses hernies à la fois étranglées et enflammées.

Contre-indications de l'opération : Le débridement sans ouverture du sac est contre-indiqué :

1° Toutes les fois que l'on peut craindre l'existence de la gangrène;

2° Lorsque l'étranglement siége au collet du sac ;

3° Lorsque l'étranglement est produit par des brides à l'intérieur du sac.

Opération. — 1° *Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.* — Cette incision ne présente rien de spécial dans le cas particulier. Elle sera simple, si la hernie n'est pas très-volumineuse; on sera, au contraire, forcé de la faire en T ou en L, si la tumeur est grosse. Il faut avoir toujours soin que la partie supérieure de l'incision dépasse le siége de l'étranglement.

2° *Isolement du sac.* — Dans les hernies récentes, il est ordinairement assez facile de reconnaitre le sac; il est encore distinct des autres enveloppes et a conservé à peu près l'aspect et la transparence du péritoine. Mais dans les vieilles hernies cela peut être beaucoup moins aisé. Parfois, il est tellement aminci qu'il a presque disparu; cela se voit surtout pour les hernies ombilicales. D'autres fois, au contraire, il est hypertrophié et présente presque l'aspect et la résistance d'une aponévrose. Lorsqu'on le pince légèrement entre le pouce et l'index, on sent qu'on peut le faire glisser sur un organe plus tendu situé au-dessous et qui est l'intestin. Le meilleur moyen de reconnaître si l'on est sur le sac nous semble être celui indiqué en ces termes par M. Colson (de Beauvais).

« Le collet, au lieu de se continuer, comme les couches qui le recouvrent, avec le bord de l'anneau, se rétrécit, se ramasse en cordon et s'engage au-dessous des ligaments dans l'anneau fi-

breux. » E. Colson (de Beauvais). *Arch. de Méd.*, 7e série, t. I. 1863.

Si l'on pensait que des adhérences extérieures au sac s'opposent à la réduction, il ne faudrait pas hésiter à les rompre. Mais ces cas sont exceptionnels.

3° *Débridement de l'anneau.* — On peut débrider l'anneau de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

a. De dedans en dehors. — On porte le doigt sur l'anneau d'étranglement; avec la pulpe du doigt on déprime légèrement l'intestin; on glisse sur l'ongle un bistouri boutonné placé à plat, puis, une fois qu'il est introduit, on le retourne, de manière que son tranchant incise légèrement l'anneau fibreux. Si une seule de ces manœuvres ne suffit pas, on recommence plusieurs fois; on pratique alors le débridement multiple. Après chaque débridement, on cherche à introduire doucement le doigt entre l'intestin et l'anneau, de manière à dilater celui-ci. Tel est le procédé le plus ordinaire.

Dans tous les cas où l'anneau est constitué par des fibres peu résistantes, par exemple, dans les hernies crurales étranglées sur le fascia cribriformis, il suffit souvent d'érailler l'anneau au lieu de l'inciser. Malgaigne se servait habituellement d'une spatule ou simplement de l'ongle pour opérer cette manœuvre. M. Lefort emploie dans le même but l'extrémité de la sonde cannelée sans se servir du bistouri. (Communication orale.)

b. De dehors en dedans. — Quelques auteurs préfèrent ce mode de débridement.

« Je crains toujours, dit M. Gosselin, les instruments qu'on fait pénétrer aveuglément à une certaine profondeur derrière le contour herniaire, là où l'intestin peut être rencontré, blessé, tiraillé, sans qu'on en soit averti par une sensation précise. Je préfère avoir pour guide mon doigt que je fais entrer peu à peu, même en forçant, à mesure que mon bistouri ouvre le passage.» (Gosselin. Leçons sur les hernies, p. 144.)

4° *Taxis immédiat.* — Lorsque, après avoir incisé l'anneau, on procède au taxis, il faut avoir bien soin de diriger ses efforts dans le sens le plus favorable, et de redresser la direction plus ou moins contournée des parties herniées. Cela est important surtout pour les hernies crurales ; c'est un des avantages du taxis immédiat que cette facilité pour diriger les efforts de réduction. Ce temps de l'opération se fait donc beaucoup plus facilement que le taxis ordinaire. Mais il faut avoir soin de retenir le sac en dehors, alors qu'on fait rentrer l'intestin, sans quoi on s'exposerait à réduire en masse, et, dans le cas où la constriction siége au collet, on aurait changé l'étranglement herniaire en étranglement interne. Il est assez facile d'empêcher

cette réduction du sac ; il suffit de le retenir avec les doigts au moment où l'intestin commence à rentrer. M. Colson (de Beauvais) conseille dans le même but d'appliquer le doigt indicateur de la main gauche sur le collet de la tumeur pendant les efforts du taxis.

Faut-il tenter la réunion par première intention ? On peut placer quelques points de suture à la partie supérieure et moyenne de la plaie, mais en ayant soin de laisser l'angle inférieur libre pour le passage du pus. Il ne serait peut-être pas prudent de fermer complètement l'incision ; le pus aurait de la tendance à fuser dans les parois abdominales ou à décoller le péritoine, ce qui serait une complication sérieuse. Nous conseillons la lecture de la thèse de M. Affre, travail sérieux dans lequel l'opération de J.-L. Petit est traitée avec tous les développements que comporte un sujet aussi important.

Sur un nouveau moyen de prévenir les empoisonnements par l'acide arsénieux.

M. Grimaud, pharmacien à Poitiers, dit M. le professeur Jeannel dans son rapport adressé à la Société de médecine légale de Paris, vous a saisis de la question de la dénaturation de l'acide arsénieux, en vous adressant divers imprimés et notamment une lettre, en date du 1er septembre 1875, au ministre de l'agriculture et du commerce, dont la teneur suit :

« Monsieur le ministre, je viens d'apprendre que vous avez ordonné qu'à l'avenir tous les pharmaciens ne seraient autorisés à vendre l'*acide arsénieux* que sous forme de mélange : il devra être broyé avec un centième de son poids de *colcothar* (peroxyde de fer) et un demi-centième d'*aloès* pulvérisé. Ce moyen ne me paraissant pas supérieur à celui que j'ai proposé, en 1838, au Gouvernement et à la Société de médecine de Poitiers, dont j'ai l'honneur d'être un des membres, je crois devoir vous adresser aujourd'hui, monsieur le ministre, le travail que j'ai fait à cette époque sur cette matière.

« Cette préparation, dont je revendique l'idée, se débite encore journellement à la pharmacie Grimaud aîné, à Poitiers.

« Je viens donc, monsieur le ministre, m'appuyant de votre impartialité, vous signaler mon procédé qui remplit parfaitement le but que vous vous proposez, et vous prier de vouloir bien le soumettre à une commission spéciale, afin de prescrire celui qui sera jugé comme offrant le plus d'avantages et de garanties.

« J'ose espérer, monsieur le ministre, que vous ne verrez dans

ma démarche que mon désir d'être utile, et que vous voudrez bien y faire droit. »

En effet, le ministre de l'agriculture et du commerce, d'après l'avis de MM. les professeurs de l'École vétérinaire d'Alfort, a décidé, en date du 25 février 1875, que l'acide arsénieux ne pourra être vendu par les pharmaciens que sous forme de mélange intime avec un centième de colcothar et un demi-centième d'aloès.

L'intention de cette prescription est excellente ; le colcothar et l'aloès produisent le double effet de colorer l'acide arsénieux et de lui communiquer une saveur amère ; par là se trouvent prévenues les plus dangereuses méprises, l'acide arsénieux ne pouvant plus être confondu avec de la farine, du sel ou quelque autre poudre blanche d'un usage vulgaire, en même temps le crime d'empoisonnement par l'acide arsénieux devient plus difficile à commettre, la victime se trouvant avertie par la saveur amère de l'aloès.

La question de la dénaturation de l'acide arsénieux, en vue de prévenir les empoisonnements accidentels ou criminels dont cet insidieux toxique est encore trop souvent l'instrument, avait depuis longtemps préoccupé M. Grimaud. Dès l'année 1838, cet honorable confrère avait proposé de mélanger l'acide arsénieux avec un centième de sulfate de fer et un centième de prussiate de fer, et c'est sous la forme de ce mélange qu'il le débite dans son officine depuis cette époque.

Aujourd'hui il demande l'avis de la Société de médecine légale sur le mérite de sa formule, qu'il voudrait voir substituer à celle du gouvernement. La tâche de votre rapporteur se réduit donc à comparer les deux formules de dénaturation au point de vue de la couleur et de la saveur, puis au point de vue de la conservation des propriétés thérapeutiques, et enfin de l'efficacité comme moyen préventif des empoisonnements.

Mélange Grimaud. — Couleur bleue ou bleuâtre, très-susceptible d'attirer l'attention et d'exciter des soupçons ou des répugnances. Pour que cette coloration se développe, il est nécessaire que le mélange soit légèrement humecté.

Saveur atramentaire, métallique, impossible à confondre avec celle des aliments ou des boissons.

Propriétés thérapeutiques conservées. 1 centigramme de sulfate de fer et un centigramme de prussiate de potasse par gramme d'acide arsénieux, peuvent être considérés comme sans inconvénient.

Préventif des empoisonnements. Le mélange possède un pouvoir colorant considérable et ne peut être introduit à dose toxi-

que dans les aliments solides ou liquides sans altérer la couleur ou la saveur.

Mélange officiel. — Couleur rosée, peu susceptible d'attirer l'attention et d'exciter des soupçons ou des répugnances.

Saveur amère, qui peut se confondre avec celle de certains aliments ou de certaines boissons.

Propriétés thérapeutiques conservées. 1 centigramme de colcothar et 5 milligrammes d'aloès par gramme d'acide arsénieux peuvent être considérés comme sans inconvénient au point de vue thérapeutique.

Préventif des empoisonnements. Le mélange peut être introduit dans les aliments solides ou liquides à dose toxique sans en altérer sensiblement la couleur et la saveur.

Conclusion. — Le mélange proposé par M. Grimaud pour dénaturer l'acide arsénieux paraît préférable à celui qui a été adopté par l'administration. (Nous rappelons à nos lecteurs, à ce propos, que MM. Limousin et Lebaigue, à la séance de la Société de pharmacie du 2 octobre 1872, avaient proposé, pour éviter des confusions regrettables, de colorer les sels toxiques incolores au moyen de la fuchsine.) (Voir *Répertoire de pharmacie*, t. XVXIII, p. 167, 195.)

Observations de blessures sur des sujets atteints d'affection cardiaque. (Mémoire lu, par M. le professeur Verneuil, à l'Académie de médecine dans la séance du 20 février 1877).

L'importance du sujet abordé par M. Verneuil nous engage à publier *in extenso* son mémoire.

L'an dernier vous prêtiez à une lecture sur le rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme une attention bienveillante que je viens encore réclamer aujourd'hui pour une nouvelle note conçue dans le même esprit et tendant au même but.

Le sujet, toutefois, en est moins vaste ; il s'agit toujours, il est vrai, de blessures d'une part, et de l'autre, d'un état pathologique antérieur ; mais ce dernier, au lieu d'envahir l'organisme tout entier et d'appartenir à la classe des maladies constitutionnelles, n'atteint qu'un organe, qu'un segment d'appareil, ce qui permet de supposer que les désordres ne porteront que sur une seule fonction et sur les actes correspondants du processus traumatique.

J'ai observé, dans un court espace de temps, deux blessés chez lesquels existait une affection organique du cœur. Or, chez tous

deux, la blessure a non-seulement offert une gravité notable due au développement d'accidents locaux particuliers, mais encore réagissant à son tour sur la cardiopathie, en a singulièrement hâté et aggravé la marche au point d'en faire apparaître prématurément les symptômes ultimes.

L'influence réciproque à laquelle, du reste, il faut toujours s'attendre, a été, dans ces deux cas, aussi évidente que possible. Si donc vous me permettiez d'employer une expression vulgaire, mais qui peint exactement ma pensée, je dirais qu'entre l'affection cardiaque et l'affection traumatique s'est établi un *échange de mauvais procédés* dont l'organisme a dû payer les frais.

Les cardiopathies organiques étant fréquentes et indélébiles, et de leur côté les blessures étant fort communes, tout porte à croire que la coïncidence que j'ai rencontrée n'est pas bien rare et que d'autres ont vu ce que j'ai vu moi-même. Cependant mes recherches bibliographiques, sans doute incomplètes, ont été peu fructueuses. Je sais qu'on a signalé des accidents sérieux à la suite de piqûres ou d'écorchures portant sur les membres infiltrés. Je n'ignore pas qu'un de mes élèves, M. Marcano, a publié une note intéressante sur ce qu'il appelle les *ulcères cardiaques*, variété où la guérison est entravée par l'existence d'une affection du cœur; mais, à ma connaissance, personne encore n'a posé nettement la question de l'influence que peuvent exercer l'une sur l'autre la lésion cardiaque et la lésion traumatique.

Si je voulais user de l'*a priori*, je ne manquerais pas de raisons pour admettre que cette influence existe; j'invoquerais la gêne de la circulation, si favorable à la production des hémorrhagies, si contraire à l'hémostase, si nuisible à la bonne constitution de la couche granuleuse, à sa régression naturelle, à la cutisation terminale, comme le démontre la marche des plaies chez les variqueux, par exemple.

M'appuyant sur les altérations du sang à peu près constantes lorsque l'affection du cœur dure depuis un certain temps et arrive à un certain degré, j'en conclurais à une imperfection presque inévitable des actes réparateurs.

Me rappelant que les grands viscères se détériorent à la longue quand la circulation centrale languit et qu'il en résulte de véritables diathèses allant jusqu'à la cachexie inclusivement, et que les traumas évoluent mal chez les hépatiques et les néphrétiques, j'accepterai encore à ce titre l'influence au moins indirecte des affections cardiaques.

Mais toutes ces hypothèses que, sans nul doute, l'observation changera plus tard en vérités démontrées, ne vous séduiraient pas aujourd'hui et n'avanceraient guère la question.

Il me paraît donc préférable de mettre simplement sous vos

yeux, et si peu nombreux qu'ils soient, les matériaux que j'ai réunis, quitte à les faire suivre de quelques commentaires.

J'ai déjà dit que je possédais deux observations : dans la première, recueillie surtout pour démontrer la valeur d'un procédé hémostatique particulier, *la forcipressure*, l'affection du cœur n'a été étudiée que d'une façon accessoire et non comme cause des accidents locaux; parmi ceux-ci figurent des hémorrhagies extrêmement rebelles dont à cette époque je ne soupçonnais nullement la source ni la relation avec la cardiopathie.

Au contraire, le second cas m'a ouvert les yeux et dévoilé ce que je crois être la filiation naturelle des phénomènes.

Ceci dit, je vous livre mes deux récits :

Première observation. — *Plaie contuse de la face dorsale de la main avec fracture dos os du carpe. — Phlegmon diffus de l'avant-bras. — Hémorrhagies répétées nécessitant diverses opérations. — Accidents thoraciques. — Œdème des membres inférieurs. — Emphysème pulmonaire et lésion ancienne de la valvule mitrale.* (Cette observation a été publiée dans mon *Mémoire sur la forcipressure*, p. 88, 1875. Je n'en donne ici qu'un extrait.)

Hirtz, brasseur, 44 ans, ni syphilis ni scrofule dans les antécédents, adonné aux boissons alcooliques. Cet homme, de forte constitution, dit n'avoir jamais été malade, et prétend jouir d'une santé parfaite.

Le 18 décembre il a la main gauche prise entre une barrique et le sol, d'où résulte une plaie assez large à la face dorsale, au niveau de la ligne carpo-métacarpienne. Hémorrhagie primitive peu considérable, facilement arrêtée.

Le 19, légère hémorrhagie à l'ablation du premier pansement; les jours suivants se développe un phlegmon diffus intense qui envahit l'avant-bras.

Le 22, Hirtz entre à l'hôpital. L'interne du service pratique deux incisions longues et profondes sur la face dorsale de l'avant-bras. Le lendemain je débride encore, puis j'ouvre, le 4 janvier, une vaste collection purulente le long du cubitus.

Vers le 10 janvier commence une série de petites hémorrhagies émanant des bourgeons charnus de la plaie et se renouvelant tous les jours. J'essaie en vain la compression sous toutes ses formes, l'application de pinces hémostatiques laissées à demeure, jusqu'au moment où je me vois forcé, le 16 au soir, de pratiquer la ligature de l'humérale au pli du coude. Je choisis ce point éloigné à cause du gonflement considérable dont tout l'avant-bras est le siége.

Tout va bien jusqu'au 21, mais dans la nuit suivante le sang

repart de la plaie de la ligature; 100 grammes environ sont perdus; l'écoulement s'arrête de lui-même.

Le 28, Hirtz est pris d'oppression et présente les signes d'une congestion pulmonaire intense. L'auscultation révèle un emphysème bien caractérisé et un bruit de souffle très-fort au premier temps. Le malade, qui se vantait tant de sa santé, nous apprend alors qu'il est *asthmatique* et qu'il est pris de temps en temps d'accès de suffocation; on couvre la poitrine de ventouses sèches et, comme il y a menace de *delirium tremens*, on donne la potion de Todd additionnée d'opium.

Dans la nuit suivante, hémorrhagie, probablement par le bout sphérique de l'humérale, dans la plaie du pli du coude; arrêt spontané du sang. La fièvre se rallume, la congestion pulmonaire diminue; la respiration devient plus libre.

Le 1er février, vers minuit, puis vers trois heures du matin, réapparition du sang qu'on arrête par la compression. A la visite du matin, je découvre le bout artériel supérieur et je le saisis avec une pince hémostatique que je laisse en place.

A partir de ce jour l'hémostase fut définitive; mais en revanche il fallut combattre avec énergie les accidents thoraciques qui étaient assez inquiétants.

La congestion pulmonaire avec pleurodynie et la dyspnée reparurent plusieurs fois. Le souffle cardiaque persistait toujours; enfin nous vîmes apparaître un œdème assez considérable des membres inférieurs.

Les diurétiques, la digitale, la belladone, les ventouses sèches, successivement employés, amendent peu à peu les symptômes, de sorte que, le 5 février, la température était normale et les fonctions cardio-pulmonaires assez bien rétablies.

L'état local était également satisfaisant, la main et l'avant-bras dégonflèrent et les plaies prirent bon aspect.

Le 11 et le 12 février, sans cause connue, délire avec fièvre et agitation nocturne; le choral en fait justice.

La cicatrisation s'achève dans le courant du mois; le malade reprend de l'appétit et des forces; il reste encore fort anémique, mais peut cependant rester levé et marcher une demi-heure sans fatigue; il demande à rentrer chez lui pour achever sa convalescence.

Nous avons revu Hirtz à plusieurs reprises, et tout récemment encore. La plaie de la main est restée guérie, les doigts seuls ont conservé de la raideur; l'affection cardiaque est toujours la même, et nous nous sommes assuré qu'il s'agissait bien d'une lésion mitrale. Depuis l'accident, toutefois, les suffocations, la ène de la respiration ont été en augmentant, et le malade, au-

trefois si robuste, n'a jamais pu reprendre son ancien genre de vie et ses rudes travaux.

Seconde observation. — *Plaie légère de l'index de la main droite. — Lymphangite avec œdème considérable du membre. — Application de douze sangsues près de l'aisselle. — Hémorrhagie prolongée par les piqûres. — Anémie extrême. — Ouverture d'un abcès à la face interne du bras. — Six semaines après l'accident: troubles respiratoires, double hydrothorax, légère albuminurie, anasarque des membres inférieurs et du bras droit. — Rétrécissement aortique.*

Maingaut, 56 ans, maçon, entre à l'hôpital de la Pitié le 8 janvier 1877; c'est un homme de taille moyenne, un peu grêle, mais très-sobre, et qui, à Paris, depuis près de trente ans, n'a jamais pris le lit un seul jour. Nous avons appris, mais seulement beaucoup plus tard, que depuis un an il était parfois un peu essoufflé en montant les escaliers, et lorsqu'il voulait courir. Nulle trace de scrofule, de syphilis ni de rhumatisme.

Le 15 décembre il se blesse légèrement à l'index de la main droite et n'y accorde aucune attention; mais les jours suivants le doigt gonfle et devient douloureux; l'avant-bras et le bras se prennent à leur tour, la fièvre s'allume. M... est obligé de quitter son travail et de s'aliter; le médecin ordinaire appelé constate une tuméfaction considérable de tout le membre, avec induration très-douloureuse à la face interne du bras et dans le creux axillaire; le tout accompagné de douleurs intenses et de forte fièvre. Il diagnostique une lymphango-adénite et fait appliquer douze sangsues sur la paroi antérieure de l'aisselle.

Ces sangsues sont posées à huit heures du soir. Les piqûres coulent toute la nuit; on est obligé de les arrêter à neuf heures du matin : l'affaiblissement est si grand que le malade tombe en syncope et y reste près d'une demi-heure. Les douleurs et la réaction fébrile diminuent, mais non le gonflement qui reste le même pendant plus d'une semaine; perte d'appétit, faiblesse extrême; rien ne change du côté du bras. M... entre à l'hôpital le 8 janvier dans l'état suivant: la petite plaie initiale est à peine visible; la main et l'avant-bras n'offrent que de l'œdème, sans rougeur; et ne sont pas sensibles; le bras est énormément tuméfié, surtout à sa face interne, depuis le pli du coude jusqu'à l'aisselle, l'empâtement se continue le long des vaisseaux axillaires. La peau est épaissie, d'un rouge livide, confondue avec les couches profondes. Toute cette masse est sensible au toucher. rénitente, mais j'y cherche en vain un point nettement fluctuant. Les mouvements du bras et surtout l'abduction sont presque impossibles.

L'état général est mauvais, pâleur du visage et de tout le corps, émanciation très-marquée, voix demi-éteinte, perte du sommeil et de l'appétit, apparence cachectique des plus prononcées, pouls à peine perceptible, température à 39 1/2.

J'aurais bien voulu donner issue au pus dont la formation était certaine ; mais je dus m'abstenir parce que je ne savais où aller le chercher, ni à quelle profondeur il siégeait, ni s'il occupait les ganglions axillaires ou le trajet des gros lymphatiques du bras, ni enfin s'il ne s'agissait pas en même temps d'une phlébite huméro-axillaire à laquelle la tuméfaction énorme et persistante du membre faisait naturellement songer.

Aller, à l'aventure, chercher le foyer purulent aux environs du faisceau vasculo-nerveux eût constitué une véritable opération que le sujet n'était guère capable de supporter sans péril.

Je crus d'abord à l'existence de quelque lésion viscérale inconnue et profonde, à quelque cachexie méconnue, et après avoir fait quelques prescriptions (friction avec l'onguent napolitain, cataplasmes, élévation du membre, purgatif léger pour combattre la constipation, régime analeptique, etc.), je confiai à mon interne le soin de me découvrir les causes de la cachexie supposée.

A ma grande surprise l'examen fut complètement négatif. Les poumons et les viscères abdominaux ne semblaient point atteints. Seule l'urine offrait une petite quantité d'albumine, phénomène três-commun dans les lymphangites et qui n'indique point de lésions rénales profondes. L'interrogatoire fait avec le plus grand soin ne donnait rien autre chose que la débilité, et comme l'hémorrhagie antérieure en rendait bien compte, je dus croire à une anémie traumatique simple. Chose assez remarquable, l'état du bras resta stationnaire pendant assez longtemps, je ne reconnus de fluctuation distincte sur le tiers supérieur que vers le 18 janvier: mais elle était encore profonde et je jugeai sage d'attendre l'amincissement de la peau ; la santé générale tendait à se relever, les douleurs étant médiocres; les fonctions digestives passables, il n'y avait point de péril pressant. Seule la fièvre persistait, mais le tracé thermométrique était fort régulier, oscillant sans cesse entre 38 degrés et demi le matin et 39 degrés et demi le soir.

Du 22 au 25 cependant, à mesure que la collection s'approchait de la surface, le thermomètre montait progressivement et le soir dépassait 40 degrés.

Le 25, une incision de 5 centimètres pratiquée sur le bras, à quatre travers de doigt de l'aisselle, donna issue à deux ou trois cuillerées de pus de bonne nature. La fièvre diminua dès le lendemain et le bras dégonfla d'un quart environ.

Les jours suivants l'amélioration locale et générale s'accentua davantage, le pus continua à couler abondamment, mélangé de sérosité; la main et l'avant-bras reprirent à peu de chose près leurs dimensions.

Spontanément une autre collection purulente, venant des profondeurs de l'aisselle et très-probablement des ganglions s'ouvrit par deux orifices; le thermomètre n'oscillait plus qu'entre 37 et 38 degrés.

Je croyais ce pauvre homme hors d'affaire, lorsque l'interne du service me fit connaître une complication imprévue et de date récente. A la visite du soir, le 30 janvier, M... se plaignit de malaise et d'oppression. M. Kirmisson l'ausculta et du même coup découvrit un double épanchement dans les plèvres, un bruit de souffle intense au premier bruit du cœur, et enfin une infiltration séreuse considérable des deux membres inférieurs, du scrotum et du bras blessé.

L'anasarque, paraît-il, avait débuté environ trois jours avant, mais personne n'en avait été informé.

Je vérifiai ces fâcheuses découvertes et portai le diagnostic de rétrécissement de l'orifice aortique. Peu sûr de moi néanmoins sur ce terrain, je priai M. Peter, mon collègue à la Pitié, de vouloir bien me donner son avis. Il reconnut une *lésion de l'origine de l'aorte avec altération de l'orifice et de ses valvules ayant amené un rétrécissement*. Je prescrivis tous les jours une cuillerée d'eau-de-vie allemande; dans l'intervalle le vin diurétique de Trousseau, puis le quinquina et une alimentation substantielle; enfin les badigeonnages iodés sur la cage thoracique.

Les choses en sont là ; le traitement paraît devoir donner de bons résultats, car l'œdème des membres a un peu diminué, surtout au bras droit, et l'oppression n'est pas très-considérable, L'appétit se réveille ; le moral, toujours tranquille, est encore meilleur puisque notre pauvre homme a repris même une certaine gaîté, et qu'enfin il y a pour le moment apyrexie complète sinon même hypothermie. La température oscillait entre 36 et 37 degrés depuis une semaine.

Toutefois la plaie et les fistules axillaires suppurent toujours abondamment et n'ont aucune tendance à la guérison. La sérosité existe toujours dans le péritoine et dans les plèvres, et la lésion cardiaque persiste avec toute son intensité et son incurabilité.

Remarques . — Ces deux faits présentent des analogies remarquables, les blessures portent sur la main et sont peu graves au début ; néanmoins par un enchaînement de complications, elles mettent sérieusement les jours en péril.

Ces complications sont identiques ; elles se montrent au point blessé d'abord, pour s'étendre ensuite à l'économie tout entière, et se fixer enfin sur un des principaux appareils organiques, et en troubler profondément la fonction.

A la région vulnérée, nous observons l'hémorrhagie et l'inflammation phlegmoneuse ; la perte de sang provoque une anémie aiguë; des désordres fonctionnels inquiétants éclatent du côté des viscères thoraciques ; la gêne de la circulation fait naître l'anasarque, à la production de laquelle concourt sans doute aussi l'aglobulie.

Aucun des deux blessés ne meurt; mais tous deux courent les plus grands dangers ; la guérison exige un temps sans proportion avec l'importance primitive du traumatisme ; la santé générale enfin, qui semblaient excellente avant l'accident, reçoit une atteinte irréparable.

Tel est le tableau vu dans son ensemble; essayons maintenant d'en analyser les traits principaux :

Hémorrhagie. — Elle est chez Hirtz singulièrement tenace et difficile à expliquer; il s'agit en effet d'une plaie contuse, dans une région où ne se trouvent que des petits vaisseaux; en pareil cas les pertes de sang sont faibles, passagères et ne se renouvellent pas, à moins toutefois qu'elles ne soient symptomatiques d'une intoxication chirurgicale, comme la septicémie ou la pyohémie. Or, cette cause, ici, ne saurait être invoquée ; à plusieurs reprises le sang s'échappe alors que la température était tout à fait normale : donc point de septicémie.

Point davantage de pyohémie comme le montrent la marche et surtout l'issue du mal.

L'alcoolisme existait à la vérité, mais cette intoxication ne prédispose aux hémorrhagies que dans les cas où elle a porté ses ravages sur les parenchymes rénaux ou hépatiques, ce qui n'avait pas lieu dans l'espèce.

Deux fois nous pouvions croire l'hémostase assurée, lorsque survint une crise violente de suffocation ; dans la nuit suivante, c'est-à-dire quelques heures plus tard, le sang jaillit de nouveau. Nous ne comprîmes pas alors la cause de ce phénomène, aujourd'hui nous le rapportons sans hésiter à l'affection cardio-pulmonaire.

Chez Maingaut, l'hémorrhagie procède un peu différemment, elle ne pouvait avoir lieu par l'écorchure superficielle du doigt, mais les piqûres de sangsues la rendent possible, et trouvant la porte ouverte le sang s'échappe.

N'ayant pas assisté à l'accident, je n'en recherchai pas assez soigneusement les causes ; là fut le tort : en effet le défaut d'hémostase après les petites blessures est toujours un phénomène

insolite, d'une signification assez sérieuse pour qu'il en faille chercher l'explication dans une disposition locale ou dans l'état constitutionnel du blessé. Chez les hémophiles, les scorbutiques, les hépatiques, le fait a été déjà relevé : il en est vraisemblablement de même chez les cardiopathes, c'est au moins un point à examiner.

Inflammation diffuse, œdème inflammatoire. — Dans les deux cas ces symptômes ont été très-marqués. Chez Hirtz la chose sembla fort naturelle, parce qu'il existait un phlegmon diffus. Toutefois je fus surpris de voir la tuméfaction persister même après les larges débridements pratiqués sur l'avant-bras. Pour expliquer le fait, ainsi que le retour de l'hémorrhagie et l'aspect blafard et boursouflé des bourgeons charnus, j'émis la supposition d'une phlébite profonde des veines antibrachiales, mais sans en fournir la preuve.

L'œdème inflammatoire, moins aigu il est vrai, s'est aussi montré chez Maingaut. L'écorchure de l'index a été suivie de lymphangite, mais celle-ci d'ordinaire ne produit de gonflement que sur le trajet des vaisseaux enflammés et rarement elle tuméfie le membre tout entier. En présence de cette induration considérable de la face interne du bras et de l'œdème de l'avant-bras et de la main, je soupçonnai de même une phlébite des veines humérales et axillaires,faute de mieux, j'en conviens, car la lymphangite se propage rarement aux veines voisines, et l'infiltration séreuse totale du membre supérieur implique une thrombose bien étendue des veines de ce membre.

Bref, la phlébite était une pure hypothèse. Il serait sans doute plus logique d'admettre que les blessures et le travail irritatif surajouté ont fait paraître prématurément dans les membres blessés l'infiltration séreuse qui devait plus tard survenir dans les autres points du corps, et qui n'étaient qu'un indice prémonitoire de la gêne circulatoire générale. Un argument pourrait justifier cette vue : sous l'influence du repos, des émollients, des antiphlogistiques locaux, de l'élévation du membre, et enfin de l'ouverture de l'abcès brachial, l'avant-bras, le poignet et la main avaient notablement diminué de volume; mais lorsque plus tard l'anasarque apparut aux parties inférieures, l'œdème revient plus considérable que jamais au bras malade, allant du bout des doigts jusqu'à la clavicule, tandis que le bras gauche, seul des quatre appendices, restait exempt de toute infiltration.

J'ai remarqué plus d'une fois, surtout chez les blessés rhumatisants, ces œdèmes circonscrits atteignant de grandes pro-

portions. A l'avenir je ne manquerai pas d'examiner l'état du cœur et des gros vaisseaux.

Telle a été l'influence de l'affection cardiaque. Considérons maintenant la réciproque. La spoliation sanguine a d'abord produit une anémie : aiguë chez Maingaut, à la fois plus âgé et plus faible, d'où la syncope prolongée, progressive, mais non moins évidente chez Hirtz, dont la robuste constitution devait mieux supporter les effets de la déperdition.

Cet état général violemment engendré et dont nous devons tenir si grand compte en chirurgie, n'a pas réagi subitement sur l'appareil cardio-pulmonaire, qui pendant plusieurs semaines encore a paru fonctionner convenablement.

Mais à la fin les accidents thoraciques surgissent. Hirtz avait été blessé le 18 décembre; le 28 janvier, le premier accès de dyspnée se déclare, suivi quelques jours après d'un œdème considérable des membres inférieurs. Chez Maingaut, le retentissement sur les fonctions cardiaques a été également tardif. Quarante jours au moins s'étaient écoulés depuis la blessure, quand, sans réaction violente et pour ainsi dire inopinément, la respiration s'embarrasse et la sérosité s'accumule dans les deux plèvres, le péritoine et le tissu conjonctif des membres pelviens. A l'anémie traumatique revient certainement la réapparition chez Hirtz, l'apparition première chez Maingaut des symptômes thoraciques, et chez tous les deux l'invasion inédite encore des suffusions séreuses.

J'ai commis deux fois la même faute, fort sérieuse, j'en conviens. En faisant l'examen organique de mes blessés, j'ai omis l'auscultation du cœur et j'ai attendu pour la pratiquer l'avertissement donné par la suffocation et l'anasarque. Je m'excuse d'autant moins que je prêche tous les jours et jusqu'à satiété la nécessité d'interroger longuement et d'explorer *a capite ad calcem* tous les blessés afin de découvrir jusqu'au moindre de leurs états constitutionnels. Certes, s'il est un organe dont l'intégrité ou les dérangements soient relativement faciles à reconnaître, c'est bien le cœur, et cependant ni chez Hirtz ni chez Maingaut je n'ai songé à poser mon oreille sur le thorax!

Cette leçon ne sera pas perdue pour moi, et j'espère aussi que les autres en profiteront. Je pourrais sans doute me disculper en constatant que mes deux sujets sont vivants, que je n'aurais pu les empêcher ni d'être blessés ni d'être affectés par le cœur, que la faute eût été surtout grave si j'avais entrepris sur eux des opérations chirurgicales sans information suffisante; mais ce plaidoyer serait misérable. H... et M... sont vivants sans doute; mais le premier ne s'est jamais complètement rétabli du rude assaut qu'il a subi, et le second, encore dans mes salles, est

dans un état qui laisse beaucoup à désirer. Or, les choses auraient pu tourner mieux si j'avais reconnu en temps opportun la complication préalable.

C'est un bien grand hasard que la thérapeutique soit tout ce qu'elle devrait être quand une lacune importante existe dans le diagnostic. On commet alors des fautes soit par ignorance soit par omission. Si la lésion cardiaque eût été constatée dès le début chez M..., on n'eût pas appliqué de sangsues; on n'eût pas eu d'hémorrhagie, on eût évité l'anémie aiguë, et peut-être le patient serait-il aujourd'hui rétabli.

Pour H... une notion plus exacte de la cause des hémorrhagies rebelles m'aurait conduit sans doute à réfréner le sang avec divers médicaments et en particulier avec les hémostatiques cardiaques; je n'ai vu là qu'une affection chirurgicale; je n'ai été qu'un opérateur, heureux il est vrai puisque j'ai fini par dominer le symptôme, mais au prix de beaucoup de peine pour moi et de souffrances pour mon blessé. Tout me porte même à croire que si j'avais utilisé le long répit compris entre la blessure et l'apparition des accidents cardio-pulmonaires, que si j'avais combattu à temps et autrement que par des mesures banales l'anémie traumatique, j'aurais peut-être évité ou amoindri l'intensité des désordres dont les grands viscères et les espaces séreux ou conjonctifs ont été le théâtre.

On commettra sans cesse des délits semblables tant qu'on ne se pénétrera pas de ces grandes vérités : que toute lésion réputée locale ne l'est certainement pas quand elle présente certaines anomalies dans son évolution, — que ces anomalies doivent toujours et aussitôt que possible provoquer un supplément d'exploration, — que dans nos services de chirurgie eux-mêmes les lésions véritablement locales à leur début ou dans la suite, loin d'être les plus fréquentes, constituent l'exception, — que rien ne saurait dispenser le chirurgien de faire sur chacun de ses patients et autour d'eux l'enquête organique et mésologique la plus minutieuse — qu'à ce prix seul il aura chance de diriger sa thérapeutique dans la voie la plus rationnelle et la plus efficace.

Malgré l'analogie des accidents, j'ai reconnu chez mes deux malades des affections cardiaques différentes; savoir, une lésion mitrale et une lésion aortique. L'avenir seul pourra dire si toutes les cardiopathies indistinctement ou seulement quelques-unes d'entre elles, ou seulement lorsqu'elles ont atteint certain degré, peuvent compromettre un processus réparateur, et réciproquement peuvent être aggravées par les blessures; si ces dernières agissent par elles-mêmes, par l'ébranlement qu'elles occasionnent ou par l'intermédiaire des hémorrhagies

primitives ou secondaires, des intoxications chirurgicales, etc.

On conçoit bien que je ne me hasarderai point à trancher ici des questions si nombreuses et si délicates.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir énoncer les propositions suivantes :

1° Les affections cardiaques préexistantes paraissent capables de retarder ou d'empêcher la guérison de certaines blessures en suscitant des accidents locaux parmi lesquels figurent les hémorrhagies et les inflammations diffuses.

2° Les blessures, par ces mêmes accidents locaux et par leurs conséquences, sont susceptibles de réagir sur les affections cardiaques antérieures de façon à les aggraver, et à provoquer prématurément des symptômes qui n'appartiennent en général qu'à leur période ultime.

Professeur VERNEUIL.

Nouvelle méthode pour la recherche des calculs de la vessie.

M. le Dr Van Brabandt publie cette nouvelle méthode dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*. Lorsque la sonde, introduite par l'urèthre, laisse l'opérateur incertain sur la présence d'une pierre dans la vessie, il conseille d'introduire par l'hypogastre la canule d'un appareil aspirateur et de rechercher le calcul avec cette canule ou un stylet qu'on y introduit. « Nous sommes assuré, dit-il, qu'en combinant ces moyens de diagnostic aussi inoffensifs l'un que l'autre, aucune pierre vésicale n'échappera aux recherches des chirurgiens. »

Nous trouvons le moyen un peu audacieux. Nous comprenons qu'on en use lorsqu'on est obligé de ponctionner la vessie dans un cas de rétention d'urine, comme l'a fait M. Van Brabandt, mais nous ne saurions donner le conseil de ponctionner la vessie pour un cas d'exploration simple.

Le calcul, introuvable pour la sonde, échappera aux investigations de la canule ou du stylet.

Est-on bien certain que la ponction de la vessie soit des plus innocentes ? Oui, si l'on se sert d'une canule capillaire. Non, peut-être, si la canule est suffisante pour admettre l'introduction d'un stylet. Pour nous, nous ne craignons pas de le dire, ce nouveau moyen d'exploration rentre dans le groupe des *manœuvres téméraires*.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Concours pour le prix d'anatomie de l'enseignement libre.* — Ce concours s'est terminé mercredi dernier. Ce concours consiste en une épreuve écrite sur deux questions d'anatomie et de physiologie; les questions étaient : *Creux axillaire. Circulation du fœtus.* Le jury, embarrassé pour faire un choix entre les meilleures copies a décidé qu'un concours oral entre les candidats déciderait du choix du plus méritant. Deux questions orales ont été traitées par tous les candidats : 1° *Caractères distinctifs des vertèbres* ; 2° *nerfs de la langue*. Le jury a décerné le prix *ex æquo*, à MM. Thomas Bernal, et Julio Restrepo, tous deux de Médellin (Colombie).

— *Université libre du nord (Institut de Lille).* — On se rappelle sans doute, qu'un traité avait été passé entre la commission administrative des Hospices de Lille et l'Université libre du Nord qui avait demandé et obtenu deux pavillons de l'hôpital Sainte-Eugénie. (Délibération de la Commission d'administration du 18 octobre 1875, Approbation par le préfet du Nord, arrêté du 16 novembre 1875).

M. de Marcère, ministre de l'intérieur avait annulé l'arrêté du préfet (décision du 21 octobre 1876).

Le Conseil d'Etat vient de rendre l'arrêt suivant : Considérant ..... qu'en annulant l'arrêté du préfet, le ministre de l'intérieur a outrepassé ses droits, ... décide :

Art. 1er. La décision ci-dessus visée du ministre de l'intérieur, en date du 31 octobre 1876, est annulée.

— *L'infortuné roi d'Araucanie.* — A la salle des payants de l'hôpital Saint-André, se trouve couché un roi déchu et malheureux que nos lecteurs connaissent certainement de nom. C'est Orélie-Antoine Ier, roi d'Araucanie, autrement dit M. de Thounens, ancien avoué de Périgueux. Ce monarque n'a pas seulement à se plaindre de la politique, hélas ! la maladie l'a atteint comme un simple mortel : *pauperum tabernas regum que turres !*

Affecté depuis de longues années d'un rétrécissement de l'intestin, Orélie Ier s'est trouvé arrêté au Brésil par une constipation des plus rebelles. Le rectum était devenu absolument infranchissable. Le ventre se ballonnait, bleuissait. Les selles manquaient depuis une trentaine de jours, le malade allait s'affaiblissant chaque jour, le péril était imminent, quand un chirurgien français — du nom de Quinch, né en Bourgogne et non

pas en Gascogne, comme on pourrait le supposer — entreprit de sauver le pauvre mourant. Il se mit à la recherche du côlon dans la fosse iliaque gauche, le trouva, le fendit, établit un anus contre-nature et ressuscita le grand chef des Aucas !

Malheureusement, le trône ne lui a pas été rendu du même coup, et l'infortuné M. de Thounens, victime des vicissitudes du sort, est venu chercher à l'hôpital Saint-André la guérison d'une infirmité qui le déconsidère à ses propres yeux (*Gazette médicale de Bordeaux*).

— *La médecine en Roumanie.* — Un nouveau journal médical, rédigé en *langue française*, sous la direction du Dr Polichronie, vient d'être fondé à Bucarest. Nous souhaitons la bienvenue à la *Revue médicale Roumaine*, et nous faisons les vœux les plus sincères pour son succès. La plupart des rédacteurs nous sont connus ; MM. les Drs Macesco, Petrini, Polichronie et Sutzo, qui ont fait d'excellentes études médicales, tiendront à honneur de rivaliser avec les journaux médicaux les plus répandus de notre pays. Les efforts de nos confrères de Bucarest méritent d'être encouragés. On se fera une idée du bien qu'ils peuvent faire par leur utile publication si l'on songe que l'enseignement médical est, pour ainsi dire, né d'hier en Roumanie (avant 1855, l'unique établissement médical était une école de *barbiers chirurgiens*). Le premier numéro de la *Revue médicale Roumaine* contient des articles intéressants : *Mouvement médical*, par M. Polichronie; *Anomalies des artères*, par M. Macesco ; *Recherches physiologiques sur l'apomorphine*, par M. Polichronie ; *L'aliéné devant la société et la science*, par MM. Sutzo et Petrini.

— *Dentistes à Paris.* — En 1770, il n'y avait à Paris que deux dentistes; en 1790, cinq ; en 1814, une vingtaine ; en 1828, cent quarante; en 1856, deux cent cinquante et en 1876, environ trois cent cinquante.

— *Editeurs italiens.* — Les éditeurs Detken et Rocholl, de Naples, publient la traduction d'un manuel de A. Jamain et F. Terrier, *professeurs de pathologie et de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.* Est-ce un lapsus ?

— *Les dissections à l'Ecole pratique.* — *Bordeaux médical* se fait l'écho d'une nouvelle en partie inexacte, dans laquelle on annonçait une telle pénurie de sujets que souvent les étudiants ne peuvent disséquer qu'une cuisse ou un bras dans leur année. Nous sommes en mesure de démentir cette assertion ; les sujets abondent à l'Ecole pratique et cette année nous savons que chaque série de cinq élèves a reçu deux sujets. Plus de 1100 sujets sont distribués chaque année à l'Ecole pratique.

— *Cours d'anatomie des régions appliqué à la chirurgie.* — Nous rappelons aux élèves que M. Fort commencera ce cours le lundi 9 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

— *Cours particulier de médecine opératoire.* — M. Fort commencera ce cours le mardi 1er avril, à 1 heure, dans le pavillon n° 7 de l'Ecole pratique.

— *L'Académie médico-chirurgicale de Madrid.* — Le journal *Porvenir de las Ciencias* nous annonce que l'une des dernières séances de l'Académie n'a pu être tenue parce que le public, ne trouvant plus place dans la salle, s'empara des fauteuils des académiciens, si bien que le président ne put même pas occuper le sien. Le président n'ayant pas pu faire restituer les siéges aux académiciens, la séance n'a pas eu lieu. On juge de l'indignation du journal espagnol. En France, où l'on est, dit-on, tombé si bas, on a encore le respect des Sociétés savantes.

— *Cours particulier d'histologie.* — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie des cliniques, recommencera son cours de technique microscopique, le jeudi 22 mars, dans son laboratoire particulier, 5, rue du Pont-de-Lodi. — On s'inscrit chez M. Latteux, 4, rue Jean Lantier, de midi à une heure.

— *Concours du prosectorat et de l'adjuvat à la Faculté de médecine.* — Les juges sont MM. les professeurs Béclard, Lefort, Richet, Robin et Sappey.

Les concurrents pour le prosectorat ont à faire des préparations variées sur les enveloppes fœtales chez l'homme et les animaux (amnios, allantoïde, vésicule ombilicale), avec notes et mémoire à l'appui. Il y a cinq candidats : MM. Bouilly, Campenon, Duret, Peyrot, Reclus. Deux mois sont accordés pour ces préparations.

Les concurrents pour l'adjuvat, au nombre de seize, divisés en 4 séries, ont à faire des préparations sèches sur les *vaisseaux et nerfs du rectum*, 1re série; le *canal thoracique*, 2e série; la *pie-mère* et les *tissus intra-crâniens*, 3e série; les *veines azygos*, 4e série. Deux mois et demi sont accordés pour les préparations.

— *Concours pour deux places de médecins d'hôpitaux.* — Les juges sont : MM. Henri Roger, Nonat, Woillez, Moissenet, Fournier, Constantin Paul, Lasègue, Triboulet, Marc Sée. Il y a 33 candidats.

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 22 mars 1877, on a constaté 1094 décès, dont 807 à domicile et 287 dans les hôpitaux. On avait constaté 1051 décès la semaine précédente.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 14. 5 Avril 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 4 avril 1877.

— *Académie des sciences.* — Dans la séance du 5 mars, M. Vulpian a présenté une note de physiologie expérimentale de la part de M. Maurice Raynaud. D'après M. Raynaud, le sang d'un animal en puissance de virus vaccinal injecté dans les veines d'un animal absolument neuf produit chez celui-ci l'*immunité vaccinale.* Le 8 février, 250 grammes de sang d'une génisse en pleine éruption vaccinale, vaccinée le 2 février, sont introduits dans la veine jugulaire d'une génisse de 3 mois. L'opération est fort bien supportée. Le 22 février, on fait 60 inoculations sur la région mammaire de cet animal et le 23 février on fait la même opération sur une autre génisse avec le vaccin provenant du même animal. Il ne s'est pas développé une seule pustule vaccinale chez la génisse ayant reçu le sang de la transfusion, tandis que l'autre a présenté, dès le 26 février, une magnifique éruption vaccinale. M. Raynaud en conclut que l'introduction du sang de l'animal en puissance de virus vaccinal a rendu le deuxième animal réfractaire à l'inoculation vaccinale. Est-ce qu'on ne serait pas en droit de supposer que la transfusion du sang d'un animal non vacciné pourrait produire le même résultat ?

M. Raynaud a expérimenté sur des enfants : il a pratiqué 35 inoculations de sang pris sur des enfants vaccinés à différents degrés d'évolution des pustules vaccinales ; il n'a jamais pu inoculer le vaccin de cette manière. Plusieurs des enfants qui avaient été soumis à l'inoculation du sang ont été vaccinés ensuite avec le virus vaccin et il s'est développé des pustules vaccinales. Le virus vaccin ne se

transmet donc pas par le sang, pas plus que le virus syphilitique, quoi qu'on en ait dit.

— L'*Académie de médecine* a entendu la lecture d'un travail de M. Desormeaux sur la *Réunion immédiate dans les amputations sous le pansement ouaté*. M. Desormeaux place un drain, des ligatures, des sutures, et il entoure le moignon d'un bandage ouaté qui reste en place douze ou quinze jours. Au bout de ce temps, on lève l'appareil, on enlève les drains, les fils, les sutures et l'on applique un nouvel appareil qui reste en place pendant une douzaine de jours. Dans presque tous les cas, on obtient ainsi, dit M. Desormeaux, la réunion par première intention.

— Une discussion sur le *pansèment des plaies d'amputation* a eu lieu et une observation d'*anévrysme traumatiquè* de l'humérale a été présentée par M. le professeur Aubrée, de Rennes, à la *Société de chirurgie*. On trouvera l'un et l'autre dans ce numéro ou dans le suivant.

— A l'instigation de M. Labbée, rédacteur en chef du *Mouvement médical*, la presse scientifique fait une troisième tentative pour fonder un syndicat. Nous sommes des premiers à souhaiter du succès aux commissaires chargés d'étudier les bases sur lesquelles le syndicat doit établir la constitution de cette Société, mais nous craignons que nos confrères Germond de Lavigne, Mary Durand et Dupuy, cherchant à établir la *fraternité* du journalisme, ne poursuivent une *utopie*. Nous faisons des vœux pour que notre pronostic ne se réalise pas et nous nous rendrons à l'invitation qui nous est faite d'assister à la prochaine réunion, le samedi 14 mars.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Guérison d'un cas d'éléphantiasis par la ligature de l'artère poplitée, par le Dr Louis Casati, chirurgien en chef de l'hôpital de Forli.

Cette observation a été communiquée au Congrès de Turin de 1876, et publiée par le *Bulletin de thérapeutique* du 30 janvier 1877. Nous en donnons en extrait les principales parties.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction, nous pouvons mettre sous les yeux de nos lecteurs les deux dessins qui montrent l'état du membre avant le traitement (fig. 1) et après la guérison (fig. 2).

Bertozzi (Paul), âgé de 54 ans, affecté d'un éléphantiasis de la jambe droite, entre à l'hôpital majeur de Forli le 10 janvier 1873, et il fut admis dans mon service de chirurgie.

Etat actuel. — Le malade est de haute taille, de faible constitution, de mauvaise nutrition : les extrémités inférieures et supérieures sont grêles, le teint de la peau est jaunâtre, les cheveux gris, le front rugueux, les yeux caves, la langue aride, crevassée, mais sans fièvre, avec une bonne respiration et sans toux. Rien de notable au thorax ni au bas-ventre.

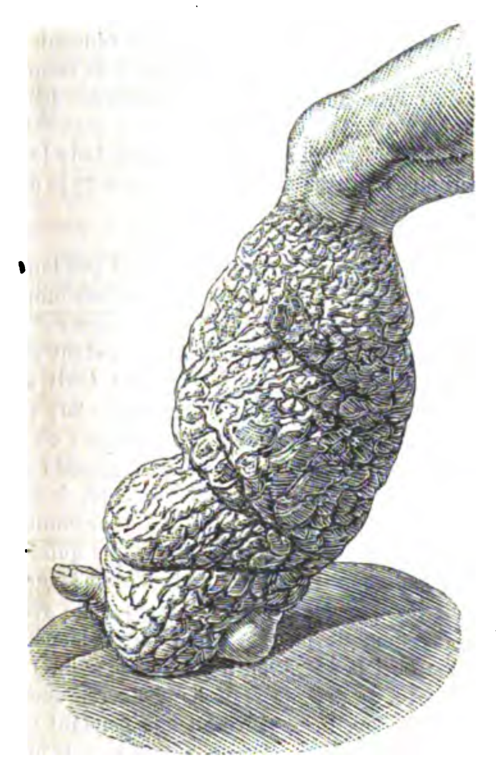


Fig. 1.

Je ne perdrai pas de temps à décrire l'état de cette jambe, la

figure 1 en reproduit exactement le volume et l'aspect, figure qui a été photographiée le deuxième jour de l'entrée de notre malade à l'hôpital. Si l'on excepte le calcanéum et l'extrémité des orteils, tout le reste du pied et de la jambe jusqu'au genou n'était qu'un amas de croûtes, de nodosités séparées par des sillons tortueux superficiels et profonds comme dans la peau de l'éléphant; sur quelques points, on remarquait des ulcérations et des phlyctènes.....

..... La mensuration du volume du membre me donna 58 centimètres pour la circonférence du mollet, 50 pour le cou-de-pied et 52 pour le dos du pied. Tout le membre exhalait une odeur fétide insupportable par le suintement abondant de pus sanieux ayant une couleur d'opale visqueuse; tout mouvement était impossible; peu de douleur, bien que de temps en temps des douleurs lancinantes dans la région du mollet lui arrachassent des cris aigus. Le malade demandait sans cesse a être amputé, et c'était, en vérité, mon intention; mais, en réfléchissant que la ligature de l'artère poplitée n'empêchait pas de recourir à l'amputation de la cuisse immédiatement au-dessus du genou, soit dans le cas où l'on n'en obtiendrait aucun résultat, soit dans celui où la mortification se serait développée dans la portion du membre inférieure à la ligature, pour ces raisons je me décidai à recourir à la ligature.

L'opération fut faite le 12 janvier.....

..... Après l'opération, Bertozzi fut épuisé pendant plusieurs heures. Le soir, il eut la fièvre; la température monta à 39°,6, le pouls à 104. Il ne dormit pas la nuit, se plaignant de quelques douleurs lancinantes à la jambe, mais cependant moins fortes que d'habitude. Le matin suivant, la fièvre avait diminué, la température était descendue à 38°,8, le pouls à 96; aucun changement dans l'aspect de la jambe, sauf un peu de diminution dans la sécrétion du pus. Le soir la fièvre augmenta de nouveau, la température monta à 40 degrés, le pouls à 118, et un processus érysipélateux à la cuisse se manifesta. Je lui ordonnai des petits paquets de sulfite de soude et de bisulfate de quinine à l'intérieur, et des badigeonnages de collodion riciné sur les points malades. Trois jours après, toute trace d'érysipèle avait disparu; il s'écoulait très-peu de pus, de bonne nature; aucun changement dans la jambe, la sécrétion ichoreuse presque nulle.

Le matin du 16, le malade était sans fièvre, demandait une augmentation de nourriture, affirmait que pendant toute la nuit il n'avait ressenti que deux élancements, et on trouva la compresse qui entourait le membre parfaitement sèche.

Il serait inutile et fastidieux de vous rappeler minutieusement la marche de l'opération; rien n'a été remarquable. Le 17 février,

le nœud tomba, et, le 25, la plaie était complètement cicatrisée. Une fois que les élancements cessèrent, que la transsudation tarit, la masse morbide présentait des sillons comme en présente la craie lorsqu'elle reste exposée au soleil et se sèche. Je mesurai alors le membre et j'obtins :

Circonférence de la jambe au mollet, 54 centimètres, c'est-à-dire une diminution de 4 centimètres; au-dessus des malléoles, 48 centimètres; diminution, 2 centimètres; sur le dos du pied, 50 centimètres; diminution, 2 centimètres.

Un mois après, c'est-à-dire vers la fin de mars, ce tissu morbide avait acquis une sécheresse et une dureté véritablement cornées; les sillons et les fentes étaient devenus si nombreux et si profonds, qu'on détachait facilement quelques-unes des grosses bosses. La destruction de la tumeur avait commencé. Pendant les deux mois d'avril et de mai, il ne se passa pas de jours sans qu'il se détachât quelque fragment plus ou moins gros.

Le 26 mai, ayant mesuré de nouveau le membre, j'obtins les résultats suivants : Circonférence au mollet, 36 centimètres; diminution, 22; au-dessus des malléoles, 37; diminution 13; sur le dos du pied, 44; diminution, 8.

Une nourriture animale et fortifiante, l'emploi continuel de l'arséniate de fer, améliorèrent tellement les conditions générales de Bertozzi qu'il n'était plus reconnaissable. A la fin de mai, il était déjà en état de changer sa jambe de place, de la soulever de quelques centimètres au-dessus du matelas, et il se plaisait à constater que les cinq orteils avaient récupéré la possibilité de se mouvoir; et enfin, le 21 juin, il se leva de son lit, où il était resté plus de huit mois. Le 23 juillet, il voulut retourner dans son pays; mais alors il marchait déjà avec les béquilles, et descendait dans le jardin de l'hôpital.

La mensuration me donna les résultats suivants : Au mollet, 33; diminution, 25; au-dessus des malléoles, 30; diminution, 20; sur le dos du pied, 35; diminution, 17.

Je n'ai pu revoir mon malade qu'au mois de mai 1874, lorsque j'allai à Rocca San Casciano pour une consultation. Il marchait bien à l'aide d'un petit bâton; la jambe était encore un peu enflée et d'une couleur rougeâtre érythémateuse et présentait encore sur le dos du pied quelques bosselures d'éléphantiasis. Au mois de juin de l'année passée, c'est-à-dire en 1875, Bertozzi rentrait dans mon hôpital pour prendre une série de bains de vapeur, ayant souffert pendant l'hiver d'un rhumatisme polyarticulaire. Son pied droit était encore difforme à la région plantaire, et œdémateux à la région dorsale; mais, à part cela, il n'y avait plus de traces d'éléphantiasis; au contraire, depuis les

malléolles jusqu'au genou, le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents s'étaient atrophiés. Je ne pouvais m'attendre à un résultat plus brillant, et depuis l'année passée je l'aurais publié, si je n'en avais été empêché par beaucoup d'occupations. Mais ce contre-temps fut une bonne fortune, parce qu'au mois de juin dernier Bertozzi rentraït à l'hôpital pour les bains de vapeur, et à ce moment j'ai pu le voir marcher vite sans l'aide du bâton, et constater aussi la disparition de l'œdème du pied et de la rougeur érythémateuse de la jambe. Afin que je puisse avoir le modèle du pied et la jambe guéris, mon distingué chef de clinique *Timoleonte Zampa* se chargea d'en prendre le moule, qui, ayant été photographié, est représenté par la figure 2.



Fig. 2.

Réflexions. — Je me garderais bien, dit M. Casati, de me prononcer sur la valeur de cette méthode de traitement de l'éléphantiasis, car si un seul cas heureux peut encourager à l'essayer de nouveau, ce n'est pas suffisant pour exciter le praticien à l'accepter comme méthode générale, lors même qu'il est certain et incontestable que les hyperplasies doivent être très-facilement susceptibles de s'atrophier à la suite de la ligature des artères afférentes.

L'éléphantiasis est une maladie qui dépend d'une prolifération altérée et excessive du derme; par conséquent, théoriquement, on pourrait admettre qu'une méthode, qui diminue considérablement l'arrivée des matériaux de nutrition sur un certain en-

droit, puisse non-seulement être capable d'en arrêter le développement, mais encore de le faire rétrograder. En médecine, cependant, les faits ont plus de valeur que les théories, par conséquent je veux terminer cette communication par une statistique démontrant quels vaisseaux artériels ont été liés par différents chirurgiens, qui essayèrent par ce moyen le traitement de l'éléphantiasis, quels furent les points malades, et quels résultats on a obtenus :

1. Harvey, éléphantiasis du scrotum, ligature de l'artère spermatique, guérison. — 2. Carnochan, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, guérison. — 3. Erichsen, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, guérison. — 4. Ogier, éléphantiasis de la main, ligature de l'humérale, guérison. — 5. Butcher, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, guérison. — 6. Knorre, éléphantiasis de la jambe et de la cuisse, ligature de l'iliaque, mort. — 7. Fayer, éléphantiasis du scrotum, ligature de la spermatique, guérison. — 8. Simon, éléphantiasis de la jambe et de la cuisse, ligature de l'iliaque, mort. — 9. Souden, éléphantiasis de la main, ligature de l'humérale, amélioration. — 10. Richard, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, amélioration. — 11. Fayer, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, guérison. — 12. Buch, éléphantiasis de la jambe et de la cuisse, ligature de l'iliaque, mort. — 13. Vanderson, éléphantiasis de la jambe et de la cuisse, ligature de l'iliaque externe, récidive deux ans après. — 14. — Jubiot, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, récidive douze ans après. — 15. Bryant, éléphantiasis de la jambe, légature de la fémorale, amélioration. — 16. Alcock, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, mort. — 17. Buchanon, éléphantiasis du bras et de la main, ligature de l'axillaire, mort. — 18. Sympson, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, guérison. — 19. Bochard, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, amélioration. — 20. Hueter, éléphantiasis de la main, ligature de l'humérale, guérison. — 21. Raum, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, mort. — 22. Fischer, éléphantiasis de la jambe et de la cuisse, ligature de l'iliaque externe, pas d'amélioration. — 23. Liesring, éléphantiasis de la jambe, ligature de la fémorale, amélioration. — 24. Casati, éléphantiasis de la jambe, ligature de la poplitée, guérison.

Nous voyons que sur 24 cas, on a eu 10 cas de guérison, 4 d'amélioration, 2 cas de récidive, 2 sans amélioration et 6 cas de mort ; on a donc 25 pour 100 de mortalité, 41,66 pour 100 de succès, 16,66 pour 100 d'amélioration, 8,33 pour 100 de récidive et 8,33 pour 100 sans amélioration.

M. le Dr Bacchi, qui a publié dans le Bulletin de thérapeutique la communication de M. le Dr Casati, nous fait remarquer que, en 1861, Vanzetti, de Padoue, ayant à traiter une jeune fille atteinte d'éléphantiasis de la jambe droite, désira employer, avant d'avoir recours à la ligature de la crurale, la *compression digitale*. Le bandage compressif, et le repos au lit avec la jambe placée sur un plan incliné, n'ayant pas eu d'influence sur la maladie, il passa à la compression digitale de l'artère crurale. La compression fut appliquée le jour seulement et continuée pendant un mois et demi, avec quelques intervalles de suspension. La jambe diminua progressivement, un bandage compressif fut appliqué et resserré à mesure, et l'on permit à la malade de se lever. Elle sortit de l'hôpital portant son bandage. Vanzetti la revit trois ans après, et l'*éléphantiasis avait complètement disparu*; et même la jambe présentait un certain degré d'atrophie.

Cette observation, di le Dr Bacchi, qu'on ne doit certainement pas classer parmi celles dans lesquelles on a employé la ligature, vient cependant donner raison aux tentatives qu'on a faites d'empêcher l'apport du sang dans le membre malade. *La compression digitale devrait être essayée, à notre avis, avant d'employer la ligature*. Malheureusement la compression digitale n'est pas toujours supportée, et le professeur Gosselin dut l'abandonner chez une de ses malades.

Les résultats énoncés plus haut devraient encourager les chirurgiens à faire une application plus générale de la méthode, en laissant de côté les cas dans lesquels on serait obligé de recourir à la ligature de l'artère iliaque. Nous savons en effet que la ligature de ce vaisseau présente trop de risques pour le malade, pour qu'on puisse la pratiquer pour une infirmité, qui en somme ne met pas en péril les jours du malade. En outre, nous croyons que lorsque l'affection n'atteint que la jambe on devrait ne pratiquer que la ligature de la poplitée, comme l'a fait M. Casati, opération moins dangereuse que celle de la ligature de la fémorale, et dans notre statistique on pourrait de cette façon, si dans deux cas on s'était limité à faire la ligature de la poplitée au lieu de la fémorale, on pourrait, dis-je, retrancher 8,33 pour 100 de mortalité, qui serait ainsi réduite à 16,77 pour 100. Et peut-être maintenant, qu'avec la méthode antiseptique de Lister certaines causes de revers dans les opérations étant évitées, la mortalité serait encore réduite.

Le cas que nous avons rapporté, et qui fait honneur au Dr Casati, devrait encourager les chirurgiens à généraliser davantage cette méthode.

Observation clinique sur l'emploi d'un arséniate de fer naturel, par M. le Dr Baron.

Nous avons fait connaître récemment l'heureux emploi qu'a pu faire de ce médicament M. le Dr Louis, médecin en chef de la maison d'aliénés de Bourg, sur les malades de sa clinique interne.

On se rappelle avec quelles facilités, sous cette forme de dragées, ce médicament a été accepté par des sujets ordinairement difficiles à traiter.

Nous avons à relater aujourd'hui quelques autres observations d'un autre genre, et en premier lieu celle de M. le Dr Chatelain (de Nancy), recueillies dans sa pratique.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, assez grand pour son âge et de moyenne constitution organique; interne dans un lycée où il fait ses études. Le sujet se plaint depuis assez longtemps d'une douleur thoracique vers la base du côté droit. Le médecin appelé porta, après examen, un diagnostic accusant un point pleurétique localisé à la partie inférieure du côté indiqué.

Les douleurs sont continues, mais peu intenses; les symptômes généraux ne sont pas tranchés, ce qui explique que le jeune homme n'ait pas interrompu ses études, qu'il ne soit pas sorti du lycée et même ne soit pas entré à l'infirmerie. Mais la sensation des douleurs remonte à plusieurs mois de là pour ses débuts. Un surcroît de gêne respiratoire et l'impossibilité de certains mouvements du corps, appellent enfin l'attention et provoquent l'examen du médecin, qui constate en détail les faits suivants.

Depuis quelques jours notamment, l'appétit du collégien a baissé, la digestion se fait péniblement, et les forces musculaires sont sans ressort. Le faciès est pâle, et la conjonctive a pris une teinte un peu jaune, ce qui donnerait à supposer que la lésion du bas de la plèvre droite aurait atteint le diaphragme et influencé le foie par cet intermédiaire.

Il est plus que probable que ce jeune malade ne s'est pas plaint, et qu'on ne l'a pas vu changer jusque-là, sans lui prescrire quelques médicaments ou au moins quelques soins; mais c'est ce que n'indique pas l'observation fournie par M. le Dr Chatelain.

Ayant constaté l'état que nous venons de décrire, le médecin dit que, chargé du traitement, il a pensé aux dragées de la Dominique, dont le fer et l'arsenic naturellement combinés lui ont paru d'une indication positive et qu'il les a ordonnées, conjointement aux soins accessoires requis en pareil cas, à la dose de six par jour.

Dès les premiers temps de cette médication, un mieux sensible s'est manifesté. La circulation des humeurs s'est régularisée; les digestions, servies d'abord par un appétit de jour en jour plus franc, se sont rétablies normales, tandis que parallèlement, les douleurs du point pleurétique disparaissaient et que la teinte ictérique s'effaçait à la surface; preuve, nous fait remarquer l'auteur, que l'agent médicamenteux allait bien à son adresse thérapeutique. Le fer et l'arsenic de la source Dominique avaient produit leurs effets. Au fond de la maladie du jeune collégien, il y avait une constitution plus ou moins anémique, que les dragées administrées à propos ont atteint et modifiée.

Après ce traitement, qui fut continué tout au plus deux semaines, selon les termes de l'observation qui nous occupe, le jeune homme était rétabli et pouvait reprendre le cours de ses études avec sa vie d'interne dans le lycée.

Il ne faut pas croire sans doute que les dragées de la Dominique, malgré l'action qu'exercent sur l'organisme les éléments spéciaux qui entrent dans leur composition, produisent leurs effets curatifs à si bref délai, mais dans le cas d'un point pleurétique négligé et dont la lésion locale a pu s'étendre jusqu'au diaphragme et au foie, on peut comprendre qu'en rétablissant le jeu des fonctions circulatoires, la médication ait été si promptement effective.

Dans les cas de maladies de la peau en général, l'eau et les dragées de la Dominique sont aussi très-heureusement ordonnées, il faut peu de temps pour que ce médicament réduise les symptômes et atteigne le fond de l'affection.

On sait, d'ailleurs, que l'eczéma s'attaque le plus souvent aux sujets dont le sang laisse à désirer sous le rapport de sa vitalité globulaire, ce qui indique au praticien les bons usages du fer, en même temps que la maladie cutanée, si elle est ancienne surtout et rebelle, indique l'agent arsenical. Les arsenico-ferreux sont donc de première et rationnelle indication thérapeutique dans des cas semblables.

Ainsi, dans l'eczéma, il est des observations où il a suffi de l'administration des eaux de la Dominique de Vals pour obtenir des améliorations au bout de très-peu de temps. Les dragées, composées des sels d'arsenic et de fer extraits de cette source produisent les mêmes effets et sont d'une administration parfois plus aisée, surtout chez les enfants. Un bulletin de thérapeutique publiait, en effet, il y a quelques mois, une cure d'affection eczémateuse, dans laquelle le médecin n'avait eu besoin d'ordonner ces dragées que pendant une durée relativement très-courte.

Ce qu'il importe au praticien lorsqu'il veut employer les agents puissants et reconstitutifs, tels que le fer et l'arsenic, c'est

d'abord qu'ils soient pris sans dégoût ou répugnance, ensuite qu'ils soient facilement digérés dans les premières voies; c'est enfin que le fer atteigne les éléments du sang dont il fait organiquement partie intégrante. Avec ces trois conditions requises, le médecin est sûr d'obtenir les effets modificateurs qui sont propres aux deux agents, et qu'il connaît d'avance comme ce qu'il y a de plus certain en thérapeutique.

Ces conditions paraîtront plus faciles à observer au moyen des dragées de la source Dominique qu'avec toute autre préparation pharmaceutique. L'expérience, qui témoigne déjà en leur faveur sous ce rapport, doit justifier ces appréciations.

Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées de liquides antivirulents.

La question n'est pas neuve, mais elle est fort intéressante. On ne saurait donner trop de publicité à une bonne méthode de traitement, surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi grave que le *charbon*.

On se rappelle sans doute les travaux de M. le Dr Davaine (1850), travaux d'après lesquels il y aurait identité de nature entre les maladies appelées *charbon*, *pustule maligne*, *sang de rate* et *œdème malin*.

Selon M. Davaine, on trouve dans le sang des animaux morts du charbon des corpuscules assez analogues aux bactéries, corpuscules qu'il a désignés sous le nom de *bactéridies*. Ces corpuscules seraient, pour M. Davaine, caractéristiques de toutes les affections charbonneuses.

Dans le charbon, affection locale et extérieure chez l'homme, M. Davaine a constaté que les bactéridies occupent d'abord l'épaisseur de la peau où ces corpuscules sont infiltrés, puis le tissu cellulaire sous-cutané, de sorte qu'on les trouve en grande abondance dans la sérosité de l'œdème produit par le charbon. Ce n'est que plus tard que le sang en contient. M. Davaine a découvert en outre l'action destructive des liquides antiseptiques sur ces êtres microscopiques.

En 1873, les Drs Jaillot et Collot obtinrent la guérison d'une pustule maligne au moyen d'injections sous-cutanées d'une solution d'iode iodurée au cinq centième. Le malade

guérit, mais la guérison survint très-lentement parce qu'on n'osa pas multiplier les injections.

M. le D[r] Raimbert, médecin des hospices de Châteaudun, exerçant dans un pays où l'on observe fréquemment la pustule maligne, avait déjà publié plusieurs travaux sur la pustule et l'œdème malins (*Nouvelles recherches sur la constitution et le diagnostic de la pustule maligne*, in *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1868 ; *Recherches sur la constitution de l'œdème malin*, in *Gazette des hôpitaux*, 1868).

En 1875, M. Raimbert communiqua à l'Académie de médecine (voir *Bulletin*, page 549) un travail sur le *Traitement du charbon de l'homme par les injections antiseptiques*, avec trois observations intéressantes dont nous donnons ici le résumé.

Obs. I. — *Œdème malin de la face; cautérisation; injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique au 50e; guérison.* — Un cultivateur de 46 ans est atteint de pustule maligne dans la région mastoïdienne droite; l'œdème dur, élastique, qui entourait le mal, s'étendait aux paupières, aux lèvres et à la mâchoire inférieure. La peau de ces régions était d'un rouge violacé, mais peu douloureuse, même à la pression. Peu de symptômes généraux. Le début du mal datait de quarante-huit heures. Fort.

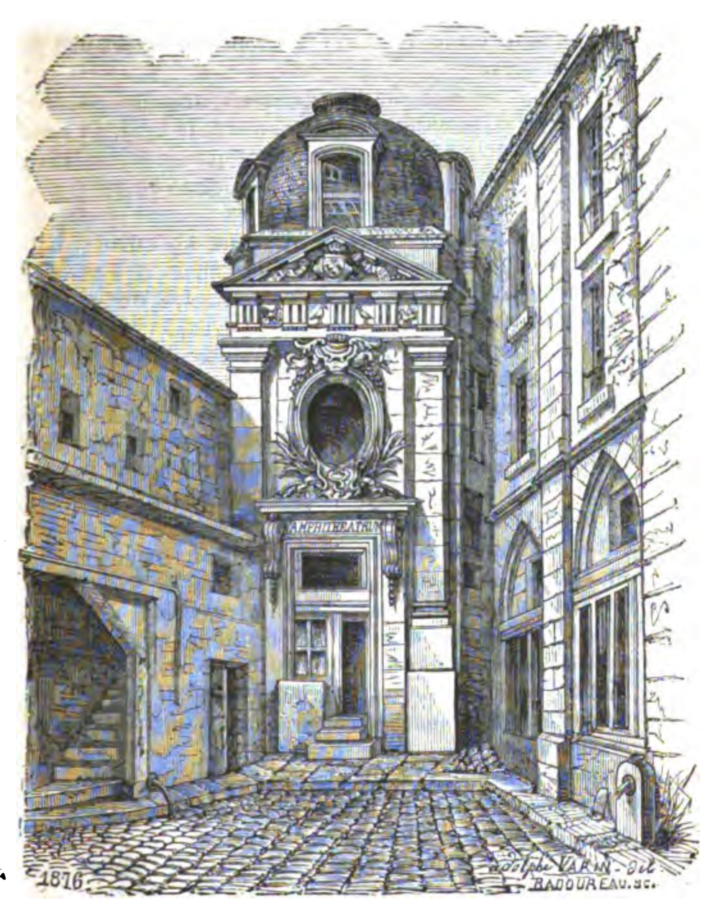
(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

L'ancienne Faculté de médecine de Paris, par le D[r] A. Corlieu, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine. 1 vol. in-12 de 300 pages avec figures, édit. Elzévir. Paris, 1877, librairie V.-Ad. Delahaye. Prix : 5 fr.

Parmi les ouvrages présentés mardi dernier à l'Académie de médecine, il en est un qui intéresse ceux qui aiment à fouiller dans le passé de notre profession; c'est l'histoire de l'ancienne Faculté de médecine de Paris, écrite d'après les précieux manuscrits conservés à la Bibliothèque de la Faculté. La Faculté possède 24 énormes volumes in-folio, écrits de la main même des cent quatre-vingt quatorze doyens, qui se sont succédé à la tête de la corporation, depuis 1395 jusqu'à la Révolution française. C'est en fouillant dans cette mine incomparable que M. Corlieu a fait revivre les maîtres régents du temps passé. L'espace nous manque pour le suivre dans tout le cours de son livre, dans

lequel il nous décrit les bâtiments de l'ancienne Faculté, au coin des rues de la Bucherie et de l'Hôtel-Colbert, bâtiments que nous reproduisons ici, et qui. encore debout, sont aujourd'hui un lavoir public et une maison de bas étage. L'auteur nous fait connaître la vie scolaire des étudiants, les examens qu'ils avaient à subir avant de recevoir le bonnet doctoral, la cérémonie de la licence et du doctorat. Il est curieux de lire dans ce livre le



fonctionnement de l'ancienne Faculté, les noms de tous les doyens, l'enseignement des professeurs, les luttes des médecins avec les chirurgiens, les barbiers, les apothicaires, avec les médecins étrangers à la Faculté de Paris. C'est un livre qui manquait à notre littérature médicale et l'auteur a, selon nous, fort heureusement comblé cette lacune. FORT.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Maladie de la peau.* Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Charles), le samedi 7 avril 1877, à 8 heures et 1/2 du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— *Cours sur les maladies de l'appareil urinaire.* — M. le Dr Henri Picard commencera ce cours le mardi 10 avril, à 1 heure, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— *Collége de France.* — M. le Dr Noël est nommé préparateur à l'Ecole pratique des hautes études (section des sciences naturelles) attaché à la chaire de médecine du Collége de France, en remplacement de M. D'Astre, appelé à d'autres fonctions.

— *Société française de tempérance.* — La Société a tenu sa séance solennelle le 25 mars, sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Laboulaye, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. le baron Pron sur le concours de 1877 et le rapport de M. Motet sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Louis Maurette une médaille d'argent et une récompense de 250 fr., et MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 2 médailles de vermeil, 35 diplômes d'honneur, 26 médailles d'argent, 293 médailles de bronze et 45 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

— *Hôpital civil d'Alger.* — MM. Pengrueber et Rey viennent d'être nommés, après concours, chirurgiens-adjoints, et M. Bourgeois médecin-adjoint.

— *Ecole de médecine de Limoges.* — M. Bleynie fils vient d'être nommé professeur-adjoint d'accouchements, à la place de M. Bleynie père, admis à la retraite.

— *Les chirurgiens de la reine d'Angleterre.* — Sir James Paget vient d'être désigné pour occuper le poste de chirurgien ordinaire de la reine, devenu vacant par la mort de sir William Fergusson. MM. Prescott Hervet et Erichsen ont été nommés chirurgiens extraordinaires de la reine.

— *Un défi entre savants anglais et français.* — M. Pasteur vient de porter un défi à M. Bastian, qui s'est particulièrement attaché à combattre les opinions de M. Pasteur. Il le somme d'obtenir,

en présence de juges compétents, des bactéries dans l'urine additionné de liqueur potassique. Le défi est accepté. L'Académie des sciences a nommé une commission pour élucider la question : MM. Dumas, Milne-Edwards et Boussingault.

— M. le Dr Ch. Fauvel, chevalier de la Légion d'honneur, vient d'être nommé « officier d'académie » (ouvrage important sur les maladies du larynx; cours public et gratuit depuis seize ans; services rendus à plusieurs membres de l'instruction publique ayant recouvrer la voix à la suite d'opération sur le larynx).

— *Mortalité à Paris.* (1,986,748 habitants, recensement de 1876.) — Dans la semaine finissant le 29 mars 1877, on a constaté 1,135 décès dont 821 à domicile et 314 dans les hôpitaux. Sur ce chiffre de décès, il faut compter 76 cas de croup et d'angine couenneuse. L'épidémie de diphthérie n'est donc pas près de décroître.

Il y a peu de temps nous avons signalé la mort de plusieurs confrères ayant contracté une angine couenneuse en donnant des soins aux malades. Aujourd'hui nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Mérandon, un de nos élèves, mort dans des conditions identiques à l'âge de 42 ans, dans son domicile, rue de Douai, 65.

— Le corps médical déplore également la perte de M. Godelier, médecin principal de 1re classe, en retraite, ancien professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce et celle de M. Hervez de Chégoin, ancien médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, mort à l'âge de 87 ans.

Boite aux lettres. — *M. le Dr Swicciki.* — Envoyez, s'il vous plaît, sur carte postale votre adresse exacte.

M. le Dr Pasq. Morelli. — Réponse à votre lettre dans ce numéro.

M. le Dr Pell., à Bouin. — Avez-vous reçu la réponse? Envoyez, à votre choix, timbres ou mandat.

M. le Dr Pio-Serra. — L'erreur ne se renouvellera pas.

M. le Dr Vallardi, Naples. — Convenu pour fin juin.

M. le Dr Pedro Montaner — Avez-vous reçu les nos 11, 12 et 13?

M. le Dr de B., à Lub. — Si vous avez reçu notre lettre nous vous prions d'y répondre.

M. Bainier, pharmacien, rue de Belleville. — Lorsqu'un abonné continue à recevoir le journal *pendant quatre mois*, sans le refuser, il doit l'abonnement.

M. Br..., Bordeaux. — Le Manuel de physiologie sera en vente à la fin de l'année. La table que vous demandez existe.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 15. 12 Avril 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 11 avril 1877.

— On abuse peut-être un peu de la transfusion aujourd'hui. Nous avons cru devoir blâmer ici même les tentatives et les renouvellements de tentatives de guérison de la folie et d'autres maladies par la transfusion. S'il est du droit de la presse scientifique de chercher à mettre un frein à l'élan des transfuseurs à outrance, croyant même à la régénération des qualités physiques, physiologiques et psychiques de l'individu par la transfusion, il est bien plus de son devoir d'encourager les médecins dans une voie plus logique et plus pratique, en recommandant à leurs méditations le succès remarquable que vient d'obtenir M. le Dr Oré, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

M. Larrey a communiqué à l'*Académie des sciences* (séance du 26 mars 1877) une note de M. Oré qui a guéri par la transfusion une homme atteint d'*anémie chronique*, survenue à la suite d'accidents nerveux rebelles et de troubles digestifs continus pendant cinq ans.

« C'est avec 40 grammes de sang seulement, dit M. Oré, que j'ai obtenu la guérison de M. X..., malade depuis cinq ans. Il y a là un enseignement d'une haute importance au point de vue clinique. Si dans l'anémie aiguë, où le système circulatoire a été désempli brusquement par une hémorrhagie violente, on peut élever la quantité du sang que l'on transfuse, dans l'anémie chronique il ne doit jamais en être ainsi. Il ne faut faire pénétrer que de *petites doses* dans l'appareil vasculaire et ne jamais oublier que, dans ces cas, le sang doit agir par la *qualité* et non par la quantité.

« Pour que la transfusion soit exempte de toutes complications opératoires, il importe de faire usage du procédé que j'ai toujours employé : *ponction sans dénudation de la veine;* avec un peu d'habitude on arrive facilement à bien piquer, sans les traverser de part en part, même les veines les plus petites.

« Le sang transfusé agit de deux manières : 1° en stimulant par ses globules l'action des organes réduits à un état complet d'atonie; 2° en déterminant une prolifération de nouveaux globules. »

— Dans la même séance, M. Laujorrois a présenté une note sur les *propriétés antiseptiques du bichromate de potasse.*

« L'addition de 1/100e de bichromate dans l'eau ordinaire, d'après M. Laujorrois, permet d'y faire séjourner sans décomposition, *même à l'air libre,* toutes les productions du règne organique, telles que la viande, l'urine, la gélatine, les produits végétaux, etc. La bière n'aigrit pas par l'addition d'un millième de bichromate. »

— M. Sédillot, partisan de la *trépanation hâtive* dans les fractures vitrées compliquées d'esquilles, a combattu la statistique de Bluhm (*Arch. de Langenbeck*, t. XIX, 1876), défenseur de la *trépanation tardive.* [Note à l'Académie des sciences].

— L'*Académie de médecine* (séance de 3 avril 1877) a procédé à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie et non d'anatomie pathologique, ainsi qu'on l'a imprimé dans le Bulletin. M. Planchon a été élu, au premier tour de scrutin, par 54 voix sur 63 votants.

Ensuite M. Gosselin, au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Charcot, Colin, Broca et Gosselin, a lu un rapport sur le travail de M. Proust et sur celui de M. Lucas-Championnière, relatif aux localisations cérébrales et à la trépanation. Nous reviendrons sur ce sujet en résumant la discussion qui doit s'engager à l'Académie sur ce sujet après celle de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

— *Société de chirurgie.* M. le Dr Albert (de Vienne), a adressé à la Société plusieurs brochures sur des sujets importants de chirurgie.

M. le professeur Le Fort fait hommage à la Société de la huitième édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne dont on trouvera une appréciation à la fin de ce numéro.

La Société a entendu ensuite une communication de M. Delens sur le *pansement des plaies par l'alcool*. M. Delens voudrait remettre en honneur ce traitement, mais, malgré tous ses efforts, dignes assurément d'un meilleur sort, il n'est pas parvenu à convaincre ses collègues, qui préfèrent avec raison, le pansement des plaies par la méthode antiseptique. La douleur extrême provoqué par l'application de l'alcool pur et le retard qu'il apporte à la cicatrisation sont deux inconvénients qui ne compensent pas les avantages de son emploi.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées de liquides antivirulents. (*Suite, voir le n° 14.*)

Traitement. — Cautérisation des vésicules de la pustule maligne et des régions environnantes avec le fer rouge dans une étendue de 5 à 6 centimètres. M. Raimbert remplit de cristaux de sublimé corrosif les petits trous produits par le fer rouge, et il place de la poudre de ce sel (bichlorure de mercure) entre les points cautérisés.

Ce moyen de traitement, excellent en quelques circonstances, échoua complètement, et le lendemain, la tuméfaction avait gagné le cou et gênait déjà considérablement la respiration. Assoupissement continuel, pouls très-fréquent, inégal, mou, dépressible. On était au troisième jour de la maladie.

Séance tenante, M. Raimbert pratique douze injections sous-cutanées, dans l'épaisseur des tissus tuméfiés, du liquide suivant : eau distillée, 100 grammes ; acide phénique cristallisé, 2 grammes. Quelques instants après, les parties tuméfiées paraissent moins dures, Le bichlorure de mercure en excès est enlevé et on applique un cataplasme arrosé d'eau-de-vie camphrée.

Ving-quatre heures après ces injections, l'amélioration est des plus sensibles, la respiration moins gênée, la tuméfaction moindre, l'assoupissement moins accusé. On renouvelle les injections (chaque fois on vidait une seringue de Pravaz entière) comme la veille.

Le lendemain, tous les symptômes ont encore diminué ; toutes les fonctions s'exécutent bien. Le *traitement général* consiste en eau vineuse, bouillon et potages. Le cataplasme est continué.

Vingt jours après le début de la maladie, l'eschare se détache.

Obs. II. — *Pustule maligne au doigt annulaire de la main gauche; cautérisation avec la potasse caustique et avec le fer rouge; progrès incessants de la maladie; injections sous-cutanées d'une solution d'acide phénique au* 50°; *guérison.* — Un cultivateur de 48 ans avait saigné une vache atteinte de charbon; trois jours après, le soir du 23 juillet, une pustule maligne, avec gonflement considérable de la face dorsale de la main, existait sur l'annulaire. Cautérisation à la potasse caustique.

Le lendemain, 24, extension de la tuméfaction. L'eschare produite par la potasse caustique est enlevée et la plaie est profondément cautérisée au fer rouge, ainsi que le dos du doigt et de la main.

Le lendemain, 25, le mal a fait des progrès, les symptômes généraux sont graves. Le 26, symptômes plus intenses; pouls petit à 120; étouffements. Des incisions, des cautérisations avaient été pratiquées et on avait donné au malade du vin et de l'extrait de quinquina. Le 26 au soir, le médecin annonça à la famille que tout espoir était perdu.

M. Raimbert arriva le soir du 26, et aussitôt il fit quarante injections sous-cutanées de solution d'acide phénique au 50°, en injectant chaque fois tout le contenu de la seringue Pravaz. On continua les toniques et on appliqua des compresses d'alcool camphré sur le membre.

Le 27, amélioration évidente. Les symptômes généraux se calment, l'œdème est moins dur. Le soir, nouvelles injections. Le 31, le malade est si bien que le médecin cesse de le voir tous les jours. La guérison a été parfaite, quoique le malade ait été retenu au lit pendant quelques jours par un abcès du dos de la main.

Obs. III. — Une femme de 23 ans, enceinte de sept mois, est prise de pustule maligne à la pommette droite, le 15 octobre 1874. Les symptômes deviennent rapidement graves. Le 16, on enlève l'eschare et on applique un fragment de bichlorure de mercure sur le derme dénudé. Le 17, symptômes alarmants; *Quatre injections sous-cutanées d'une solution d'iode au* 500°; à chaque injection on vide la moitié de la seringue de Pravaz. Le 18, peu de changement, cependant pas d'aggravation notable; on renouvelle les *quatre injections.* Le 19, amélioration notable; *deux injections* sont pratiquées, dans chacune on vide complètement la seringue de Pravaz. Le 20, amélioration. Le 21, *idem*; on prescrit une potion contenant 10 grammes d'élixir parégorique et 50 centigrammes d'acide phénique.

Tout va bien; malheureusement les mouvements de l'enfant cessent, la femme accouche prématurément le 23 octobre et, le 25, elle succombe aux suites d'une hémorrhagie.

(*A suivre*).

Pansement des plaies par le coaltar.

Le mode d'emploi est très-simple et très-facile, c'est au médecin à juger si une lotion, une injection, etc., sont nécessaires.

Le pansement des plaies s'exécute de la manière suivante : on lave d'abord la plaie avec l'Emulsion-Mèrede Coaltar étendue de 3 à 4 parties d'eau ou avec de l'alcool pur, pour bien fermer les voies d'absorption et détruire les germes tombés sur la plaie; lavage doit être fait avec beaucoup de soin, de manière qu'aucun point de la solution de continuité ne puisse échapper à l'action du liquide antiseptique. Le lavage terminé, on recouvre les plaies de forts plumasseaux de charpie imbibés de Coaltar Saponiné étendu d'eau au degré jugé nécessaire par le médecin ; on recouvre la charpie de compresses également trempées dans la solution coaltarée et on fixe à l'aide d'une bande roulée. On recouvre ensuite tout le pansement d'un *taffetas ciré* imperméable qui s'oppose à l'évaporation du liquide et de ses principes antiputrides et désinfectants. Au lieu de renouveler une seconde fois le pansement dans les vingt-quatre heures, on humecte une ou deux fois par jour, avec l'émulsion de Coaltar au 10me, les linges qui recouvrent la plaie sans les déranger, de manière à les tenir humides ; pour cela on se contente de déployer le taffetas ciré enveloppant sans le déplacer.

Lorsque la plaie est enflammée, l'application de cataplasmes arrosés de coaltar saponiné est très-utile. Le cataplasme du Dr Lelièvre est, dans ce cas, d'un emploi très-commode.

L'application du coaltar saponiné (émulsion-mère, au 5me) sur des plaies récentes, produit une légère cuisson passagère, à laquelle succède du soulagement dans la blessure. Les plaies conservent un aspect vermeil; elles se recouvrent d'un liquide semi-transparent, adhésif, et la cicatrisation se fait d'une manière régulière.

Le siége et la nature des lésions, ainsi que la plus ou moins grande susceptibilité des organes, exigent, dans bien des circonstances, que le coaltar saponiné, ou émulsion-mère au 5me, soit additionné d'eau, afin de mitiger son action dans la mesure favorable à la guérison du malade. C'est au médecin qu'il appartient de régler son mode d'emploi.

L'émulsion-mère au 5me sera le point de départ des atténuations ; en mêlant un volume de cette émulsion avec un volume égal d'eau pure, on obtiendra l'émulsion au 10me ; en l'additionnant de deux, trois ou quatre volumes d'eau, l'on arrivera aux émulsions au 15me, au 20me, au 25me, etc.

L'émulsion-mère au 5me est principalement destinée aux pansements des plaies gangréneuses et diphtéritiques.

L'émulsion au 10me (parties égales d'eau et d'émulsion-mère), suffit pour le pansement de la plupart des plaies : plaies simples, solutions de continuité qui suppurent, pansement des ulcères, pansement des moignons, ozènes, otorrhées purulentes, etc. On a employé aussi dans certains cas l'émulsion au 30me, au 40me et au 50me en lavages, injections (maladies de l'utérus, leucorrhées, vaginites, angines couenneuses, etc., etc.)

Dans les affections ulcéreuses de la bouche (une cuillerée à café dans un quart de verre d'eau), le coaltar saponiné jouit d'une efficacité très-grande pour raffermir les dents déchaussées et enlever la mauvaise odeur.

Diagnostic des abcès profonds.

Lorsqu'on est embarrassé pour établir le diagnostic d'un abcès profond, il faut songer à un caractère très-important, sur lequel insistait fortement Laugier et que M. Broca rappelait ces jours derniers dans l'une de ses leçons cliniques. Nous voulons parler d'un *œdème rose* de la peau. Ce phénomène qui traduit une congestion périphérique, occasionnée par un engorgement de voisinage, suffirait, à lui seul, dans un certain nombre de cas, pour dissiper toute incertitude. Ce caractère, disons-le en passant, a, plus d'une fois même, permis de reconnaître des abcès profonds de la région fessière. Dupuytren y attachait une grande importance.

Avec les doigts, on percevait bien une certaine sensation de fluctuation, mais cette dernière n'avait pas la netteté qui est le propre des épanchements abondants. C'est que dans cette région le liquide n'occupe pas une cavité bien déterminée. Il est, en outre, profondément situé. En pareil cas, il ne faut donc pas trop compter sur ce caractère, pour asseoir son diagnostic. En de telles occurrences, on est heureux de pouvoir s'appuyer sur les autres signes pathognomoniques, à savoir : la fièvre, la tuméfaction et la *coloration rosée* dont nous avons signalé l'importance capitale.

Du traitement du pityriasis, par M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le pityriasis simplex guérit tout seul, la cause qui l'a produit étant enlevée. — Nous en dirons autant du pityriasis rubra, qui, de même que tous les exanthèmes aigus, ne réclame qu'un régime léger, le repos, un purgatif au besoin. Quant au pityriasis chronique de nature herpétique, il n'a aucune tendance à guérir spontanément. — Il doit donc être traité, et l'on n'obtiendra de bons résultats qu'en s'adressant en même temps à l'état diathésique et à l'état local. — Comme dans tous les cas où vous vous proposerez de combattre l'herpétisme, donnez d'emblée l'arsenic sous la forme suivante qui est commode : à chacun des trois repas prendre deux, puis trois et même quatre pilules suivantes :

℞ Arséniate de soude... un milligramme.
Extrait de gentiane.. dix centigrammes.

Pour une pilule.

Portez la dose jusqu'à 12 milligrammes par jour en donnant 12 pilules mais n'allez pas au delà, et que ce soit progressivement, car ce traitement doit être continué pendant plusieurs mois de suite.

Comme traitement local, vous vous trouverez bien de l'application de topiques qui détermineront une inflammation substitutive de la peau : ainsi des lotions sulfureuses, des onctions avec l'huile de cade, ou même des lotions au sublimé que vous prescrirez ainsi :

℞ Sublimé corrosif..... un gramme,
Eau distillée.......... cent-vingt grammes.

Mettez une cuillerée à soupe de cette solution dans un verre ou même un demi-verre d'eau froide.

Le pityriasis versicolor disparaîtra sous l'influence des parasiticides : ainsi lotions avec la solution de sublimé précédente, frictions avec la pommade sulfureuse d'Helmerich, ou bien avec la formule au turbith minéral dans la proportion suivante :

℞ Turbith minéral... un, deux ou trois grammes.
Axonge .... trente grammes.

On se trouvera bien également de l'emploi simultané de bains alcalins et de bains sulfureux.

Enfin le pityriasis alba parasitaire tricophytique sera traité par les mêmes moyens, auxquels on ajoutera, suivant les régions, l'épilation, ainsi que le conseille M. Bazin. (*Extrait d'une leçon publiée dans la Gazette des Hôpitaux.*)

DIVERS

— *Amputation du col utérin dans la métrorrhagie.* — Une femme avait fréquemment de la métrorrhagie qui était rebelle aux moyens ordinaires. Le Dr Fabbri qui publie ce cas *in Bull. scienze mediche*, aprile 1876, dilata le col avec la laminaire pour aller à la recherche du mal. Il constata l'existence de végétations nombreuses sur la muqueuse de la cavité cervicale de l'utérus. En pareil cas, il nous semble qu'on peut remédier à cet état de la muqueuse, par le grattage et les caustiques, même par le cautère actuel. M. Fabbri, plus radical, résolut d'amputer le col avec un galvano-cautère ; mais, l'appareil ne fonctionnant pas bien, il termina l'opération avec l'instrument tranchant. La malade guérit de l'opération, fort heureusement pour elle.

Il ne faudrait recourir à ces procédés extrêmes que lorsqu'on est certain de ne point guérir les malades par les moyens ordinaires. Nous croyons qu'une cautérisation peu profonde de la surface interne du col aurait guéri les végétations sans exposer cette malade aux conséquences d'une opération sanglante dans le voisinage du cul-de-sac péritonéal recto-vaginal.

— *Action antiseptique et antisuppurative de l'ésérine en thérapeutique oculaire* (*Annales d'oculistique*, janvier 1877). — M. de Wecker emploie le sulfate neutre d'ésérine en solutions au centième, par instillations répétées toutes les heures ou toutes les demi-heures : 1° Chez les malades atteints de vastes abcès exulcérés de la cornée, après avoir évacué par une large ponction le pus de la chambre antérieure et de l'abcès lui-même. Dans ces cas le sulfate d'ésérine a paru remarquablement empêcher le pus de se reproduire. — 2° Dans les cas d'*ulcus serpens*. Après l'incision de Sæmisch, l'emploi de l'ésérine dispense M. de Wecker de réouvrir l'incision pendant les jours qui suivent, avantage extrêmement précieux dans les grands ulcères. — 3° Dans les cas de suppuration de la plaie survenant après une extraction de cataracte. M. de Wecher rouvre la plaie avec un stylet et instille l'ésérine. Cette action de l'ésérine doit être ajoutée à son action sur la mydriase, à son action antiglaucomateuse sur laquelle ont insisté Ad. Weber et Laqueur, à son action sur la réduction de la sécrétion conjonctivale (de Wecker).

— *Un nouveau topique pour le traitement des maladies de la peau.* — Voici un traitement que nous recommandons à nos lecteurs comme curiosité.

Pour l'*acné* des jeunes personnes, prenez du sable blanc dont

les grains ne seront ni gros ni fins, faites des frictions sur la peau et vous obtiendrez une amélioration sensible au bout de dix à douze jours. Même traitement pour le pityriasis versicolor, l'acné rosacea, le psoriasis palmaire, le lichen blanc, le prurigo, qui sont *guéris* par cette médication.

Modus faciendi. Nettoyez les parties malades au savon avant de frictionner, faites la friction sur la peau encore humide, soit avec le sable pur, soit avec un liniment composé de : sable, 5 ; carbonate de potasse, 1 ; eau, 9.

Nos compliments au Dr Ellinger (de Stuttgard) qui a inventé ce mode de traitement à lui tout seul. Nous demandons à voir le visage des jeunes personnes qui se sont laissées frictionner la face avec du sable pour être débarrassées des boutons d'acné.

Bien plus, le Dr Ellinger conseille l'emploi du sable dans les maladies internes accompagnées de manifestations cutanées.

Nous prions nos lecteurs de ne point croire à une mystification, c'est un journal, soi-disant sérieux, qui nous apporte cette nouvelle, le *Wien. Med. Wochenschr.* L'excentricité de ce procédé n'a d'égal que l'empressement avec lequel les journaux l'ont reproduit sans aucun commentaire !

— *Localisations cérébrales.* — M. Laveran, agrégé du Val-de-Grâce, a présenté à la Société de Biologie, le 23 mars 1877, le cerveau d'un homme mort de méningite avec hémiplégie à gauche, avec contracture du membre supérieur gauche. On a trouvé des masses tuberculeuses grossses comme des noix à cheval sur la scissure de Rolando (voir les régions motrices des circonvolutions dans les nos 9, 10, 11 et 12 de *Paris médical*).

— *Encore le diagnostic de l'angine diphthéritique.* — Nous avons fait remarquer plusieurs fois que le diagnostic entre l'angine pultacée et l'angine diphthéritique est difficile en certains cas et nous en avons, pour ainsi dire, fourni la preuve en montrant un grand nombre de cas d'angine, présumées couenneuses et cédant aux traitements les plus insignifiants. Nous savons combien cette maladie est grave et cruelle lorsqu'elle n'est pas vigoureusement traitée dès le début. Ces réflexions s'appliquent à une statistique publiée par le Dr Tamborlini dans la *Gazzetta medica italiana*. 110 malades affectés d'angine diphthéritique (?) sont traités par l'hyposulfite de soude *intra et extra*. 1° Usage interne : Boire dans la journée une solution de 10 gr. d'hyposulfite de soude dans 250 gr. d'eau. 2° Gargarisme : se gargariser avec une solution de 30 gr. d'hyposulfite dans 400 gr. d'eau. Résultat : 105 guérisons et 5 morts ! Si le diagnostic est bien établi, on doit convenir que le traitement est bien simple.

8 malades sont traités par l'alcool dilué à l'intérieur et en gargarismes; il y a 2 morts. — 8 autres sont traités par l'acide

phénique, 3 morts. — Les cautérisations au nitrate d'argent et la quinine à l'intérieur sont employés sur 4, ils ont fourni 1 mort.

Dans l'angine couenneuse vraie, il faut un traitement énergique et les vomitifs doivent être considérés comme indispensables. Le nitrate d'argent n'agit pas assez profondément dans la cautérisation. Nous craignons bien que le Dr Tamborlini n'ait eu à traiter que des angines simples à forme pultacée.

— *Les sangsues dans les hôpitaux de Paris.* — Nous avons été frappés par les chiffres suivants qui indiquent combien l'emploi des émissions sanguins a diminué dans la pratique de la médecine, Autrefois on appliquait les sangsues à propos de tout et à propos de rien. Pour une contusion, des sangsues; pour une névralgie, des sangsues; pour une tuméfaction, des sangsues; pour des crampes d'estomac, des sangsues; aujourd'hui on n'emploie guère ces annélides que dans le cas d'inflammation ou de congestion méningo-encéphalite, ou au périnée en cas de cystite et de congestion cérébrale, ou sur le cordon spermatique dans l'orchite. Aussi ne faut-il pas être étonné si l'on employa, dans les hôpitaux de Paris, 508,000 sangsues de 1828 à 1830; 828,000 de 1830 à 1842; 430,000 de 1842 à 1850; 225,000 de 1850 à 1855; 138,000 de 1855 à 1863; 93,000 de 1863 à 1870; et 52,000 seulement de 1870 à 1875. Pour 90,000 francs en 1835, pour 1,800 francs en 1875.

— *La crémation des morts.* — Notre distingué confrère, le Dr Gaetano Pini, de Milan, nous apprend par le *Journal d'Hygiène* que le Ministre de l'Intérieur, en Italie, vient d'accorder aux préfets des provinces le droit d'autoriser la crémation sur la demande de la Société et de la famille et d'après l'avis conforme du Conseil sanitaire de la province.

Dorénavant, il ne faudra pas douze heures pour accomplir toutes les formalités nécessaires, ce qui dispense de l'embaumement préalable.

Des essais comparatifs de crémation sont faits par divers procédés, à Milan, sous les yeux de commissions composées de médecins et d'ingénieurs.

Le 17 mars 1877, on a fait une crémation par le procédé de Polli et Clericetti. Vieillard de 72 ans, poids 73 kilog. 100 gr. La combustion, faite douze heures environ après la mort, a duré 2 h. 1/4, sans inconvénients pour les personnes présentes. Le résidu pesait 3,750 gr. Le foie, le cœur, les reins étaient seulemen carbonisés, le reste était formé de débris parfaitement calcinés.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de médecine opératoire de J.-F. Malgaigne, huitième édition, par M. le professeur Léon Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, etc. 2 vol. in-12, avec 744 figures intercalées dans le texte. Paris, 1877, librairie Germer-Baillière, 8, place de l'Odéon. Prix : 16 fr.

Que dire d'un ouvrage qui a été renouvelé huit fois ? Sept succès, par conséquent sept approbations du corps médical ! Un ouvrage de médecine ou de chirurgie obtient rarement ce degré de publicité. Tout éloge nous paraît superflu. D'ordinaire le public médical estime qu'un ouvrage se recommande suffisamment par lui-même lorsqu'il arrive à la 2e et surtout à la 3e édition. Jugez donc de ce que ce doit être à la huitième.

Cette dernière est publiée par M, le professeur Le Fort, l'élève et le gendre du professeur qui a illustré pendant un grand nombre d'années la chaire de médecine opératoire de la Faculté de Paris. Titulaire à son tour de cette même chaire, M. Le Fort se trouvait placé dans les meilleures conditions pour continuer dignement l'œuvre de son illustre maître.

Quoique M. Le Fort ait légèrement modifié cet ouvrage, on y trouve encore l'empreinte spéciale, originale de l'esprit critique de Malgaigne. Les modifications consistent en des additions nécessitées par les progrès réalisés depuis quelques années dans la thérapeutique chirurgicale. Parmi ces additions, nous signalerons surtout plusieurs méthodes et procédés qui appartiennent, à proprement parler, à M. le professeur Le Fort.

S'il est un ouvrage dont la lecture est facilitée par des figures, c'est assurément un traité de médecine opératoire. Combien il est facile de suivre le bistouri dans les incisions les plus sinueuses, les plus compliquées alors que le dessin représente le tracé de l'incision à côté de la description. Voyez, par exemples les nombreuses figures mises en regard du texte dans l'opération des polypes naso-pharyngiens, dans celles du bec-de-lièvre, dans la cheiloplastie de la lèvre inférieure, etc.,. etc. Est-il possible, après avoir pris connaissance de ces descriptions imagées, d'oublier les différences qui séparent les divers procédés ? Cet ouvrage contient 744 figures, chiffre colossal. Toutes les descriptions sont figurées ; les fistules urinaires, l'épispadias, l'hypospadias, l'exstrophie de la vessie, les hernies étranglées, l'ovariotomie, sont accompagnés de figures qui rendent le texte des plus faciles à comprendre.

Le seul reproche qu'on adressait autrefois au livre de Malgaigne, c'était de ne pas avoir de figures. Aussi, peut-on dire au-

jourd'hui que ce traité est un des meilleurs que nous possédions en France, et je n'hésite jamais à en conseiller la lecture à mes élèves.

La science chirurgicale a fait un grand pas, de nombreuses opérations ont été modifiées une véritable révolution s'est opérée dans la médecine opératoire. Est-ce que le pansement des plaies d'aujourd'hui ressemble à celui qu'on recommandait il y a quelques années? Celui des plaies d'amputation, par exemple, est complètement modifié. J'en dirai autant du nouveau traitement des hémorrhoïdes par la dilatation du sphincter de l'anus, du prolapsus de l'utérus, etc., etc, Tout chirurgien veut qui se tenir au courant de la science et remédier consciencieusement aux infirmités des malades qui réclament ses soins doit avoir connaissance des améliorations, des modifications, des additions contenues dans un ouvrage aussi universellement répandu et généralement adopté. FORT.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Concours anatomiques à l'Ecole de médecine de Lyon.* — A la fin du semestre d'hiver ont lieu à l'Ecole des concours anatomiques auxquels prennent part les élèves de 1re et de 2e année. Cette année, le nombre des concurrents qui se sont fait inscrire a été peu considérable : 8 inscrits parmi les élèves de 1re année, et 6 parmi les élèves de 2e année.

Voici les noms des lauréats de ces concours :

1re année : 1er prix (médaille de vermeil), M. Jeandet.
— 2e prix (médaille d'argent), M. Brébion,
2e année : Prix unique (médaille de vermeil), M. Gangolphe.

— *Etudiantes en médecine en Russie.* — On en compte actuellement 430, d'après le *Journal officiel.* Elles appartiennent aux classes moyennes et ont généralement de vingt à vingt-cinq ans; très-peu ont dépassé la trentaine. Le nombre des étudiantes mariées est de 78.

— *Exposition universelle de 1878 à Paris.* — Par arrêté en date du 6 mars 1877, une exposition spéciale des eaux minérales françaises sera ouverte dans les locaux de l'exposition internationale universelle de 1878, du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant.

Sont nommés membres de la commission chargée d'organiser cette exposition :

MM. Jules François, inspecteur général des mines, membre du comité d'hygiène de France, président. — Le professeur Wurtz, membre de l'Institut. — Isabelle, architecte, inspecteur général

des établissements thermaux de l'Etat. — Le docteur Legouest, président du conseil de santé de l'armée. — Seignobos, député de l'Ardèche. — Le docteur Gubler, professeur à l'école de médecine. — Le docteur Pidoux, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes. — Dumoustier de Frédilly, directeur du commerce intérieur. — Le comte de Saint-Féréol, propriétaire des eaux minérales d'Uriage. — Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*.

— Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. le Dr Giacomini à la place de professeur titulaire d'anatomie humaine et de directeur du Musée d'anatomie à l'Université royale de Berlin.

— Un journal médical croit savoir les noms des professeurs qui n'ont pas voté pour M. le Dr Ball, dans la présentation qui a éte faite au ministre d'un candidat pour la *chaire des maladies mentales*. Voici ces noms : MM. Béclard, Chauffard, Depaul, Dumas, Gubler, Hardy, Jaccoud, Parrot, Tardieu, Sée. Hâtons-nous d'ajouter que le journal en question annonce le fait sous la réserve de quelque confusion ; mais nous avons des raisons de le croire bien informé.

— *Pathologie interne* — M. le Dr Labadie-Lagrave reprendra son cours le vendredi 13 avril 1877 dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— *Opération sur les voies urinaires.* — Le Dr Reliquet commencera son cours sur les opérations des voies urinaires, le vendredi 13 avril à 5 heures dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— *Maladies des yeux.* — M. le Dr Edouard Meyer commencera son cours d'ophthalmologie à l'Ecole pratique, le lundi 9 avril, à deux heures (amphithéâtre n° 1), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : des maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale.

MM. les élèves qui désireraient être exercés au maniement de l'ophthalmoscope et à l'examen des malades sont priés de vouloir bien s'inscrire, à l'issue du cours, près du chef de clinique.

— *Maladies des yeux.* — M. le Dr Badal commencera ses leçons sur la *cataracte* le samedi, 14 avril, à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole de médecine et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Cours complet en 16 leçons.

Examen des malades, exercices d'optométrie et d'ophthalmos-

copie tous les jours de midi à 2 heures, à la Clinique, 83, rue La Condamine.

— *Clinique des maladies des yeux* — Le Dr Carré a recommencé ses conférences à sa clinique, 11, rue Gît-le-Cœur, et les continue les mercredis et samedis.

Examen des malades tous les jours de 2 à 4 heures.

— *Hôpital Saint-Louis* (semestre d'été). — *Conférences cliniques et leçons sur les affections de la peau.* — M. le Dr Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences sur les affections de la peau les mercredi 11 et samedi 14 avril 1877.

Le mercredi, à 9 heures, clinique dermatologique, salles Saint-Thomas et Saint-Léon. Le samedi, à 9 heures, cours élémentaire de pathologie cutanée (laboratoire de la salle Saint-Léon). Le lundi, à 8 heures 1/2, consultation externe.

— *Chirurgie de l'appreil urinaire.* — M. le Dr Mallez, commencera son cours de chirurgie de l'appareil urinaire pour le semestre d'été le mardi 10 avril, à 4 heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique pour le continuer les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— *Conférences cliniques d'ophthalmologie.* — M. le Dr Landolt commencera ces conférences le mercredi, 11 avril, à 1 heure, à sa clinique. 5, rue du Pont-de-Lodi, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure. Ce cours sera exclusivement pratique.

— *Cours de M. Claude Bernard.* — M. Cl. Bernard traitera à sa chaire de médecine du Collège de France, de l'expérimentation physiologique, les lundis, mercredis et vendredis à 10 heures et demie du matin.

—*Anatomie générale.*—M. Ranvier (Collége de France) traitera de l'histologie du système nerveux en général, à 3 heures et demie.

— *Hôpital de Lourcine.* — Cours clinique sur les maladies des femmes. M. le professeur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le jeudi 19 avril, à 9 heures, et le continuera tous les jeudis, à la même heure, Le mercredi et le samedi, à 9 heures, conférences cliniques et examen des malades.

— *Maladies mentales.* — Le trimestre d'été des cours cliniques de l'asile Sainte-Anne s'ouvre le dimanche 8 avril, à 9 heures et demie du matin, et les dimanches suivants, à la même heure. M. le docteur Prosper Lucas les fera le mois d'avril ; M. docteur Dagonet, le mois de mai; M. le docteur Bouchereau. le mois de juin.

— *Maladies des enfants.* — M. Bouchut commencera le cours

d'été, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mardi 10 avril, à 8 heures et demie, et le continuera les mardis suivants.

— *Cours clinique et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie.* — M. le Dr Ch. Fauvel a recommencé ce cours à la clinique, rue Guénénaud, 13, et le continue les lundis et jeudis, à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application de nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

— *Cours public d'ophthalmologie.* — Le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours élémentaire sur les affections des membranes externes de l'œil, le lundi 9 avril, à sa clinique, 7, rue Pierre-Lescot (Fontaines des Innocents), et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

— *Mortalité à Paris.* — Sur 1,986,748 habitants, recensement de 1876, on a constaté, dans la semaine finissant le 5 avril 1877, 1,170 décès, dont 882 à domicile et 288 dans les hôpitaux.

L'épidémie de diphthérie poursuit son œuvre (67 décès cettte semaine). Nous ferons remarquer quo nous insistons depuis longtemps sur l'existence de cette épidémie qui paraissait frapper ses victimes sans attirer l'attention. Nous remarquons avec plaisir aujourd'hui que M. de Ranse, dans la *Gazette médicale*, et de M. Dupouy, dans le *Médecin*, se sont justement émus de la situation des malheureux enfants blessés qui respirent, dans les hôpitaux, le même air que ceux qui sont atteints de croup. Le nombre de médecins malheureusement atteints par l'épidémie actuelle semble prouver qu'elle est éminemment infectieuse.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Gigot-Suard, médecin consultant aux eaux de Cauterets. Il y a peu de temps que nous avions entendu notre savant confrère à la tribune de la Société d'hydrologie dans une discussion qu'il avait lui-même soulevée. Une indisposition, on du moins ce que nous espérions n'être qn'une simple indisposition, l'a empêché de prendre part à la suite du débat. Sa mort nous surprend autant qu'elle nous cause de regrets.

Au moment de mettre sous presse, nous avons la douleur d'apprendre la mort de notre regretté maître et ami M. le Dr Cazenave, ancien médecin à l'hôpital Saint-Louis, et celle de M. le Dr Cintrat.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année.. N° 16. 19 Avril 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 18 *avril* 1877.

Les *Societés savantes* ne nous offrent rien de nouveau à moissonner; espérons que nous serons plus heureux une autre fois. M. Bœckel (de Strasbourg) a adressé une note à l'*Académie des sciences* (séance du 2 avril) sur l'usage des fils à ligature en catgut (boyaux de chat, on emploie aussi les intestins d'autres animaux), dans les opérations. Nous avons, plusieurs fois déjà, indiqué les avantages de ces fils à ligature (voyez *Paris médical*, 1875, page 850, et 1877, page 84).

— M. le professeur Denucé, de Bordeaux, a été élu membre correspondant de l'*Académie de médecine*, après trois tours de scrutin, par 45 voix sur 66 votants.

M. Willemin, de Vichy, a lu un mémoire sur le *sommeil*. Le sommeil serait une suspension de l'activité fonctionnelle du cerveau, par suite de la diminution de l'afflux du sang produite par la contraction des vaisseaux cérébraux. Cette contraction serait causée par une modification de l'innervation vaso-motrice par suite des conditions physiques où se trouvent les cellules cérébrales après une période d'activité !

M. Lannelongue, de Bordeaux, a présenté ensuite une note sur l'opération de *gastrostomie* qu'il pratiqua, il y a quelques semaines, sur un malade affecté d'un rétrécissement organique de l'œsophage. Le malade n'a pas survécu, il est mort d'accidents thoraciques vingt-six jours après l'opération. M. Lannelongue fait observer qu'il a pris, en faisant l'opération, toutes les précautions opératoires recommandées par M. Verneuil. Quoique M. le profes-

seur Verneuil n'ait pas dit positivement pour quelles espèces de rétrécissements œsophagiens il réservait l'opération de la gastrostomie, il est naturel de penser (et c'est là, à notre avis, le côté intéressant de la question pour le praticien), qu'on doit opérer uniquement les *rétrécissements fibreux*. Une bouche stomacale peut suffire à un sujet qui a une oblitération simple de l'œsophage produite par l'action corrosive d'un caustique, mais on peut se demander si un malheureux, affecté de cancer de l'œsophage, comme le malade de M. Lannelongue, retirera un grand avantage d'une opération qui prolongera son existence pendant 26 jours. Nous ne croyons pas que les avantages résultant de cette opération puissent compenser les dangers auxquels on expose le malade atteint de rétrécissement organique (voir l'opération de M. Verneuil *in Paris médical*, 2e année, page 127).

M. Chassagny, de Lyon, a donné lecture d'un travail relatif à une *méthode de compression par l'air et par l'eau*. Toutes les fois qu'il faut exercer une compression, M. Chassagny adapte à la surface à comprimer un sac de caoutchouc qu'il remplit d'air ou d'eau, selon les circonstances. On obtiendrait ainsi une compression douce et régulière.

— La *Société de chirurgie* s'est occupée d'une question importante : De l'emploi du thermo-cautère dans la trachéotomie. Le lecteur en trouvera une analyse dans le corps du journal ou dans le prochain numéro. F.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées de liquides antivirulents. (*Fin, voir les nos 14 et 15.*)

On comprend toute la valeur du traitement préconisé par M. le Dr Raimbert. Les faits précédents ne manquent pas d'éloquence. Nous ne pouvons suivre M. Raimbert dans le développement qu'il donne à son travail ; il nous suffit d'en faire connaître à nos lecteurs la partie pratique et de les mettre à même d'obtenir des résultats analogues

à ceux de M. Raimbert lorsqu'ils se trouveront en présence du charbon chez l'homme.

Aussitôt après la publication des faits que M. Raimbert fit connaître, M. le Dr Méplain, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Joseph à Moulins, eut l'occasion d'employer avec un plein succès la méthode de M. Raimbert. Voici le résumé de son observation qu'il publia, le 6 août 1875, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Obs. IV. — Le 20 juin 1875, une petite fille de 5 ans fut piquée à la jambe par une grosse mouche, vers 4 h. 1/2 du soir. Le soir, gonflement énorme occupant le pied et la jambe jusqu'au dessus du genou. A 10 heures, on constate à l'endroit de la piqûre une tache semblable à une piqûre de puce ; autour une auréole violacée assez étendue, un peu soulevée, plus résistante et plus sensible que les tissus environnants. Coloration livide de la peau tuméfiée. Chaleur de la peau modérée, pouls à 108, très-petit et très-dépressible. Langue sèche, soif.

Il n'existait pas de ces vésicules qu'on a données comme caractéristiques de l'œdème malin, mais l'aspect du membre, la marche si rapidement envahissante, la piqûre de la mouche, tout cela pouvait-il éveiller une autre idée que celle d'une maladie virulente et particulièrement celle de *l'œdème charbonneux*.

M. le Dr Méplain, s'inspirant du travail de M. Raimbert, eut recours au traitement par l'acide phénique qu'il administra en injections sous-cutanées et en potion.

Le soir même du début, à 10 h. 1/2, *six injections* furent pratiquées en divers points de la région œdématiée avec la solution phéniquée au 50e. Chaque injection ne contenait que 1 gramme de liquide, c'est-à-dire 2 centigrammes d'acide phénique. La potion suivante fut donnée d'heure en heure par cuillerées ordinaires :

℞	Acide phénique.........	0 gr. 50
	Infusion de tilleul......	200 grammes.
	Sirop de quinquina.....	50 —
	Mêlez.	

Deux heures après, on constate que le traitement a ralenti les progrès du mal. On fait encore *six injections*.

Six heures après, pas d'aggravation des symptômes locaux; cependant deux phlyctènes se sont développées, l'une à la jambe, l'autre sur le dos du pied. Pouls à 120, extrêmement faible. Sommeil agité. On pratique *huit injections*, et la potion phéniquée est alternée avec la potion suivante, d'heure en heure :

℞ Extrait de quinquina..........	3	grammes.
Eau-de-vie....................	30	—
Eau...........................	100	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.	50	—

Mêlez.

Trois heures après, même état du pouls, somnolence, l'œdème monte jusqu'au pli de l'aîne, mais il est moins dur. On fait *six injections*, on continue les deux potions.

Cinq heures après, même état; *cinq injections*. Quatre heures ensuite, *cinq injections*. Quatre heures après, *quatre injections*.

Le 23 juin, à 7 heures du matin, l'œdème a gagné le bas-ventre. Cependant le pouls est moins faible, encore à 120. On fait *quatre injections* et on donne une légère purgation.

Le soir du 23, l'état général est bon, le sommeil est calme, respiration facile, pouls à 112; *trois injections* ont été faites à midi et *trois* le soir.

Le 24, au matin, pouls à 104, l'enfant accepte du bouillon; l'œdème du membre a perdu de sa dureté, il y une amélioration évidente. *Trois injections*, même traitement interne, encore un purgatif (25 centigrammes de scammonée).

Le soir, la marche de l'œdème est arrêtée, l'appétit revient, pouls à 100: *quatre injections* ont été faites à 2 heures, *trois* à 6 heures. On cesse les injections et la potion phéniquée est continuée.

A partir de ce moment, l'amélioration a fait des progrès incessants et, le 28, le petit malade retournait chez ses parents.

Nous terminerons en citant quelques lignes du mémoire de M. Raimbert: « Il est à peu près indifférent de cautériser ou non le centre de la pustule maligne qui constitue déjà une eschare. Toutefois, comme cette eschare recèle des bactéridies, jusqu'à que le pouvoir anticharbonneux des solutions d'acide phénique ou d'iode soit établi par des faits nombreux, nous croyons prudent, après avoir enlevé ce point gangréneux, de déposer à sa place un fragment plus ou moins gros de sublimé corrosif. On s'opposera à l'accroissement de l'induration et de l'infiltration séreuse sous-jacente, qui contient aussi des bactéridies, en pratiquant des injections sous-cutanées autour de la pustule et dans toutes les parties œdématiées. Leur nombre et la quantité de liquide injecté sera en rapport avec la proximité du foyer et l'étendue de la tuméfaction. Il n'est pas possible de préciser à cet égard, mais il ne nous paraît pas y avoir d'in-

convénient à les multiplier, tandis qu'il y en aurait à trop les restreindre. Enfin, on abrasera, on détruira avec soin toutes les vésicules de la surface de la peau et on la badigeonnera avec de la teinture d'iode, ou bien on y promènera un crayon de nitrate d'argent. »

— Depuis que l'article précédent a été composé, nous avons eu occasion dé jeter les yeux sur le *Traité de l'acide phénique* et sur la *curation du charbon par l'acide phénique*, par M. Déclat. Il résulte pour nous de la lecture de plusieurs passages de ces ouvrages que, bien avant M. Raimbert, M. Déclat avait guéri la pustule maligne (charbon de l'homme) par l'acide phénique administré en potion et en injections sous-cutanées. *Suum cuique*. Voici, du reste, le résumé d'une observation à l'appui (*Extraite de la curation du charbon à l'aide de la nouvelle méthode à l'acide phénique*, par le Dr Déclat. Chez Delahaye, page 372).

M. Maire, 40 ans, occupé à l'abattoir de Grenelle, s'aperçut le 5 septembre 1870, d'un bouton sur le dos du pouce à sa racine. Un médecin cautérise le bouton avec un crayon de nitrate d'argent et prescrit de l'eau de Labarraque coupée et une potion ammoniacale.

Le 7, le bouton a la largeur de l'ongle, sa base est noire et une phlyctène le recouvre; l'avant-bras et le bras sont empâtés; une traînée rouge monte le long du bras jusqu'à l'aisselle. Lourdeur du bras, soif. M. Déclat cautérise vigoureusement la pustule avec l'acide phénique solide; il pratique deux injections sous-cutanées, ou une solution phéniquée au centième, et il prescrit à l'intérieur une solution phéniquée à un demi-centième.

Le lendemain, le malade avait bu 5 grammes d'acide phénique, il était mieux. Même opération que la veille; recommandation expresse de ne boire qu'un gramme d'acide phénique dans la journée, en solution. Le 14, la guérison était complète.

On trouve dans les ouvrages de M. Déclat plusieurs observations analogues à la précédente. Au commencement de ce petit travail nous avons paru attribuer à M. Raimbert, de Châteaudun, tout le mérite de ce traitement. Nous reconnaissons que M. Déclat a la priorité sur son confrère et nous nous faisons un plaisir de dire que notre savant confrère a fait connaître la puissante action antiseptique de l'acide phénique dans plusieurs autres maladies. FORT.

Du pansement des plaies d'amputation le plus usité dans les hôpitaux de Paris.

M. le Dr Piachaud, président de la Société de médecine de Genève et membre correspondant de la Société de chirurgie, est venu à la séance du 25 mars pour inviter les membres de la Société à assister au Congrès médical international qui tiendra sa réunion, cette année, à Genève, au mois de septembre. Après avoir promis une réception toute cordiale, surtout au Français, M. Piachaud est resté à la tribune et a continué à faire entendre sa voix sympathique pour réclamer, en l'honneur de M. Chassaignac, l'idée de mettre un drain à la base des lambeaux dans les amputations, tandis qu'aujourd'hui on tend à attribuer cette idée à M. Lister, d'Edimbourg, et à M. Azam, de Bordeaux.

D'une discussion, à laquelle ont pris part la plupart des membres de l'Assemblée, entre autres MM. Guyon, Larrey, Le Fort, Lucas-Championnière, Piachaud, Rochard, il résulte que tout le monde pourrait revendiquer cette idée, attendu que chacun a employé le drain à une époque plus ou moins reculée.

Nous résumons, d'après cette discussion, quel est le traitement des plaies d'amputation le plus adopté dans nos hôpitaux, indépendamment du pansement consécutif, pansement de Lister, bandage ouaté, etc. (nous disons *traitement des plaies d'amputation*).

1° L'amputation à lambeaux doit être préférée d'une manière générale.

2° Le drain est employé généralement par les chirurgiens, mais la place qu'il doit occuper n'est pas indifférente pour le succès de l'opération. Lorsque l'os est scié et la surface recouverte par le périoste refoulé en haut, avant la section, on place le drain au fond de la plaie dans le sinus qui forme la base du lambeau avec le reste de la surface saignante, comme l'a justement fait observer M. Trélat. De cette façon, le drain ne se trouve pas en contact avec la surface de l'os, ce qui pourrait faciliter les accidents consécutifs. Le drain facilite l'écoulement des liquides qui s'accumulent au fond de la plaie.

3° Des sutures profondes, en catgut ou autres, juxtaposent les lambeaux. Mais, dans les cas où l'un des lambeaux est volumineux et l'autre mince et formé par la peau, ou presque uniquement par la peau, MM. Guyon et Trélat proscrivent les sutures profondes, parce que la traction exercée par le grand lambeau sur le petit amène des déchirures et des gangrènes partielles.

Pour prévenir les inconvénients résultant de la non-application des sutures profondes, c'est-à-dire l'écartement des lambeaux, etc., les mêmes chirurgiens emploient une douce compres-

sion extérieure, du côté de la peau; compresses. tampons; gouttières de cartons, etc.

4° Indépendamment des sutures profondes on applique des sutures superficielles et l'on cherche de la sorte à obtenir la réunion immédiate des parties profondes et des parties superficielles. Lorsque la réunion est obtenue, on enlève le tube à drainage et la cicatrisation se complète rapidement.

M. Le Fort, contre ses collègues, soutient qu'il vaut mieux ne chercher que la réunion profonde pour protéger l'os, de sorte qu'il n'emploie pas le drain. Une fois la réunion profonde obtenue, peu importe que la réunion superficielle soit un peu longue à se montrer. Le malade est, en général, à l'abri des accidents. Pour lui, c'est vouloir l'impossible que de chercher à obtenir en même temps la réunion superficielle et profonde par première intention.

Anévrysme de l'artère humérale causé par une fracture de l'humérus et guéri par la ligature.

M. le professeur Aubrée, de Rennes, a communiqué à la Société de chirurgie, le 28 mars, une observation dont nous donnons ici le résumé.

Dans une chute un homme se fracture l'humérus; les aspérités de l'un des fragments lèsent l'artère probablement, car un anévrysme se manifeste à la partie supérieure de l'artère humérale. M. Aubrée fit la ligature classique de l'axillaire dans le creux de l'aisselle. Huit jours après, chute de la ligature et hémorrhagie consécutive. Il se décida alors à lier la sous-clavière en dehors des scalènes. Le succès fut complet et la ligature tomba le treizième jour. Le malade est guéri.

M. Aubrée demande aux membres de la Société s'ils ne pensent pas, comme lui, qu'il serait préférable de recourir de suite à la ligature de l'artère sous-clavière, dans des cas analogues. « La ligature de l'artère axillaire, dit-il, expose à de plus grands dangers parce qu'elle est difficile à immobiliser; j'ai pour habitude, dans les plaies artérielles, d'immobiliser complètement le membre et cette pratique me rend de grands services. »

Si l'on avait des raisons de croire que la recherche des deux bouts de l'artère serait très-laborieuse comme elle l'eût été probablement dans le cas de M. Aubrée, on pourrait peut-être avoir recours, dans ces cas, à la méthode ancienne avant de se décider à la ligature de la sous-clavière; méthode ancienne qui consiste, ainsi que chacun sait, à ouvrir le sac, l'artère étant comprimée, à enlever soigneusement les caillots, et à faire ensuite la ligature du bout supérieur et du bout inférieur.

Traitement mécanique des vomissements incoercibles de la grossesse.

Le Dr Copeman avait une malade atteinte de vomissements incoercibles qui mettaient ses jours en danger. Elle était au sixième mois de la grossesse. Il n'y avait pas à hésiter, et notre confrère résolut de pratiquer l'avortement.

Il dilata le col de l'utérus avec l'index, mais il ne put pas rompre les membranes avec le doigt. Suspendant alors l'opération pour laisser reposer la malade, et se reposer lui-même, le Dr Copeman ne fut pas peu surpris de voir que des aliments ingérés ne furent pas rejetés. Il remit l'opération: les vomissements ne se montrèrent plus et il se trouva qu'il avait débarrassé cette femme de ses vomissements incoercibles par la *dilatation forcée du col de l'utérus*. La grossesse suivit son cours régulier, et la femme accoucha heureusement.

Depuis, M. Copeman a eu recours deux fois au même procédé et il a eu deux succès. Il engage ses confrères à essayer de ce nouveau moyen de traitement.

Jabez (Thomas) rapporte une observation analogue; il dilata le col et y introduisit un tampon. Les vomissements cessèrent, mais la femme accoucha d'un fœtus de 7 mois qui mourut bientôt après. Le tampon était de trop.

L'explication de cet étrange phénomène n'est peut-être pas aisée, mais ce qui nous importe c'est que le moyen réussisse.

Nous croyons que ceux de nos confrères qui essayeront de ce moyen feront bien de ne pas employer de corps étrangers et de se contenter de la dilatation avec le doigt. Comme il n'est pas impossible, cependant, que l'introduction seule du doigt dans le col provoque l'avortement, on fera bien de n'y avoir recours qu'à la dernière extremité.

Traitement et guérison de la diarrhée chronique par l'oxyde de zinc, par le Dr Bonamy, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

Voici la substance d'un travail plus étendu publié par M. Bonamy, dans le *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1877. La diarrhée chronique s'observe fréquemment dans la pratique journalière et souvent les médications les plus rationnelles et les mieux combinées ne donnent aucun résultat. Nous pensons donc être utile à nos confrères en leur faisant connaître ce travail.

L'auteur cite sept observations de diarrhée rebelle observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes et guérie par l'oxyde de zinc, selon la

méthode de M. le professeur Gubler qui prescrit ainsi ce médicament :

℞ Oxyde de zinc........... 3 gr. 50 centigr.
Bicarbonate de soude.. 0 — 50 —

pour 4 paquets à prendre dans la même journée toutes les trois heures. Renouveler le médicament jusqu'à guérison complète.

Les cas de diarrhée observés par M. Bonamy, bien différents de la dysentérie, paraissent dépendre d'un état catarrhal chronique de la muqueuse de l'intestin. Le maladie existait, le plus souvent, depuis plusieurs mois. Les matières séro-bilieuses tenaient en suspension des débris épithéliaux. Les douleurs étaient vagues, la langue rouge. Pas de symptômes fébriles.

Premier cas. Un homme de 50 ans, malade depuis deux mois, va huit à dix fois par jour à la selle; on ne retire aucun effet des purgatifs salins et des préparations opiacées. Le 31 décembre 1875, on prescrit la préparation ci-dessus ; quatre jours après il était guéri. Le 6 janvier, il sortait de l'hôpital.

Deuxième cas. Un homme de 36 ans, atteint de rétrécissement aortique, est tourmenté depuis six semaines par une diarrhée séreuse qui l'affaiblit. Dix à douze selles par jour. On n'obtenait rien des moyens ordinaires. M. Bonamy prescrit la médication à l'oxyde de zinc. Au bout de 10 jours, du 8 au 18 février 1876, le malade était guéri.

Troisième cas. Un homme, fatigué depuis six mois par une diarrhée chronique, suit le même traitement du 15 au 20 avril 1876, après ce temps il est complètement guéri.

Quatrième cas. Diarrhée abondante, séro-bilieuse, existant depuis six mois chez un homme de 50 ans ; en moins de dix jours, la guérison est complète.

Cinquième cas. Diarrhée chez une femme de 29 ans, après les couches ; guérison en cinq ou six jours.

Sixième cas. M. Jacquier, interne de M. Bonamy, cite l'observation d'un homme atteint de diarrhée séro-bilieuse intense ; il y a cinq ou six selles par jour. Quatre jours du traitement sus-indiqué suffisent pour amener la guérison.

Septième cas. Une femme, enceinte, avait depuis six mois une diarrhée abondante qui l'épuisait. Elle fut complètement guérie après un traitement de cinq jours.

Avec M. Bonamy, nous dirons que les avantages de l'oxyde de zinc peuvent se résumer en deux mots : ***supériorité d'action*** et ***rapidité d'action***.

Abcès du tibia gauche. — Trépanation. — Guérison.

Dans les numéros du 29 décembre 1876 et du 11 janvier 1877 nous avons longuement parlé de la trépanation dans les inflammations des os. Nous publions aujourd'hui un extrait d'une observation, fort intéressante, communiquée à la *Gazette des hôpitaux* par notre savant confrère, le Dr Deroyer, médecin de l'hôpital de Fougères (Ille-et-Vilaine). On verra que cette observation vient à l'appui de ce que nous disions relativement au traitement des inflammations profondes des os à propos de faits curieux que nous a communiqués M. le Dr Loffan de Cashel (Irlande).

Un homme de 31 ans, dit M. Deroyer, se plaint de douleurs tellement violentes à la partie inférieure de la jambe gauche, qu'il demande à en être amputé. Depuis l'âge de treize ans, il souffre de sa jambe, la douleur est allée progressivement en augmentant. Cette douleur revient par crises surtout la nuit; il y a des intervalles de calme, durant de quelques semaines à deux ou trois mois, pendant lesquels le malade peut faire des marches considérables (jusqu'à quinze lieues par jour); puis les douleurs reprennent inopinément; il y a des paroxysmes d'une extrême acuité. Depuis cinq ou six semaines, les souffrances sont devenues plus vives èt continues.

Cet homme avait suivi un traitement antisyphilitique sans aucun succès.

Voici l'état actuel : le visage est pâle, portant l'empreinte de souffrances profondes, les yeux sont caves et cernés. Il y a anorexie complète. La partie inférieure de la jambe gauche a augmenté de volume, mais cette hyperostose, qui commence au niveau des malléoles, ne remonte pas à plus d'un décimètre de hauteur. A quatre centimètres au-dessus de la malléole interne, le malade désigne un point circonscrit, grand comme une pièce de deux francs où la pression développe une douleur assez vive; ce point ne se distingue des parties voisines, ni par une tuméfaction plus considérable, ni par un changement de consistance des tissus. Quand les grandes douleurs paroxystiques surviennent, c'est dans l'intérieur de l'os, au niveau de ce point, qu'elles se font sentir. La peau est rouge, sans œdème, mais la rougeur tient à l'application de vésicatoires et de pommades irritantes. La circonférence de la jambe malade, prise au niveau des malléoles, mesure 29 cent., tandis que la mensuration du côté sain n'en donne que 26. L'articulation tibio-tarsienne est exempte de toute lésion, seulement les mouvements de flexion et d'extension

sont moins étendus qu'à l'état normal. Depuis une huitaine de jours, on provoque une douleur assez forte, en exerçant une pression sur la malléole externe. Le tibia malade a sensiblement la même longueur que celui du côté sain.

La marche si lente de l'affection, l'augmentation du volume de l'os, les douleurs paroxystiques, le siége do la maladie dans le tibia qui est le lieu de prédilection des *abcès intra-osseux*, m'engagèrent à proposer au malade de perforer l'os, et d'aller à la recherche de la collection purulente avant de recourir à l'amputation. Le 26 septembre, je procède à l'opération, assisté de mes confrères Delatouche et Pirotais.

Une incision cruciale met à découvert la face interne du tibia Le périoste moins adhérent qu'à l'état normal, est enlevé avec une rugine, dans une hauteur de 6 centimètres, pour mettre à découvert la surface osseuse sous-jacente. Celle-ci est inégale, rugueuse surtout en bas. et c'est dans le point où cette disposition est le plus marquée, que nous appliquons la couronne du trépan à 4 centimètres et demi au-dessus de la malléole. L'os se laisse attaquer avec facilité, et parvenu à 2 centimètres de profondeur, on peut faire sauter avec la gouge et le maillet, le bouchon osseux détaché par le trépan. En continuant de creuser avec la gouge, on fait sourdre une petite quantité d'un liquide oléagineux. Après avoir encore enlevé quelques trabécules osseuses, nous pénétrons dans un tissu aréolaire à mailles très-larges, d'où s'écoulent 10 à 12 grammes de pus épais et bien lié. Le foyer purulent est nettoyé par des injections d'eau froide, les lèvres de la plaie rapprochées et de la charpie introduite dans le trou de l'os.

La nuit qui suit l'opération est mauvaise, mais les douleurs disparaissent le surlendemain pour ne plus se reproduire. Le huitième jour, on fait l'ablation de 5 ou 6 petits séquestres. A partir de ce moment, la plaie marche peu à peu vers la cicatrisation qui a lieu le 10 février. J... a recouvré son embonpoint et sa force et fait les plus longues courses sans fatigue.

Nous ferons remarquer tout l'intérêt qu'offre cette observation qui rentre absolument dans la catégorie de celles que nous adressait M. Loffan. Notre confrère M. le Dr Deroyer se trouvait en face de symptômes, en somme assez vagues, qui auraient dérouté un chirurgien moins expérimenté. Avec si peu d'éléments, porter un diagnostic précis, c'est faire de la chirurgie de première qualité. Nous devons féliciter le savant chirurgien, et de son diagnostic, et de la persistance avec laquelle il a recherché la collection puru-

lente située assez profondément. Plus d'un, à sa place, croyant avoir commis une erreur de diagnostic n'aurait pas achevé l'opération.

Nous engageons ceux de nos confrères qui se trouveraient en présence d'un cas semblable, à bien peser tous les éléments du diagnostic, et à se souvenir aussi de ce point important : que des inflammations osseuses profondes sans suppuration, peuvent donner lieu aux symptômes des collections purulentes des os, et que les incisions du périoste et de l'os peuvent les faire disparaître. (Voy. *Paris médical*, 29 décembre 1876 et 11 janvier 1877.)

FORT.

BIBLIOGRAPHIE

Catalogue des pièces du Musée Dupuytren, publié sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris, par M. HOUEL, conservateur des collections de la Faculté de médecine, agrégé de la Faculté, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société de chirurgie, de la Société de biologie et de la Société anatomique. Tome I, vol. in-8, avec un atlas de 31 planches contenant 112 figures. Paris, 1877. Chez Paul Dupont, éditeur, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau. Prix : 16 fr.; le prix de l'atlas séparément est de 10 fr.

Le *Musée Dupuytren*, trop peu connu des médecins et des élèves, quoique son entrée se trouve dans la cour de l'Ecole pratique, renferme une des plus riches collections de pièces d'anatomie pathologique qui existent aujourd'hui. A considérer l'espace dans lequel ces pièces sont contenues, on ne s'imaginerait jamais qu'il en existe plus de 6,000 et que ce nombre grandit tous les jours. Heureusement que les nombreux bocaux qui les renferment, pressés les uns contre les autres, ne tarderont pas à être suffisamment espacés pour que les visiteurs puissent en prendre librement connaissance. Il entre, en effet, dans le plan de la nouvelle Faculté de médecine, de doubler l'étendue de l'emplacement du Musée en prenant en entier le réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers où se trouve le Musée Dupuytren.

M. Vulpian, doyen de notre Faculté, qui s'occupe avec tant d'ardeur des intérêts des élèves et de l'amélioration de la Faculté et de ses dépendances, a obtenu de M. le ministre de l'Instruction publique, les fonds nécessaires à la publication du *Catalogue du Musée Dupuytren* dont M. le Dr Houel avait commencé depuis longtemps à recueillir les nombreux matériaux,

Cet ouvrage se composera de six à sept volumes. Il sera uni-

que dans son genre, et comme les principales pièces du Musée, reproduite dans un atlas par la pantotypie, procédé de Thiel aîné, se trouveront sous les yeux du lecteur dans toute leur vérité, nous croyons que cet ouvrage sera indispensables aux travailleurs, dont il est destiné à orner la bibliothèque.

Médecins et chirurgiens, nous devons nous montrer reconnaissants envers le savant et modeste conservateur du Musée Dupuytren.

C'est, en effet, au travail incessant et à l'activité de M. le Dr Houel que nous sommes redevables, non-seulement du texte du volume qui accompagne l'atlas, mais encore du choix des pièces représentées et de celui de la meilleure position à donner à chacune d'elles dans l'ouvrage. Sous ce rapport, M. Houel a été des plus heureux. Dans l'atlas (qui renferme les lésions du système osseux, 112 pièces de choix), toutes les figures méritent d'être signalées, mais nous attirerons l'attention du lecteur principalement sur la collection des lésions osseuses de la boîte crânienne, sur celle des fractures du col du fémur, de l'extrémité inférieure des membres, et sur les fractures en V du tibia, etc.

Chacunes des pièces représentées dans l'atlas a son histoire suffisamment détaillée dans le catalogue avec un numéro correspondant et facile à trouver. Nous adressons nos très-sincères félicitations à M. le Dr Houel qui s'est acquitté de cette tâche difficile avec un véritable bonheur. Nous espérons que les autres volumes ne se feront pas longtemps attendre.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le Dr A. Lutaud. 1 vol. in-12 de 740 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, 1877, librairie Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris : 8 fr. 50.

Le Manuel de Médecine légale de M. Lutaud est un livre auquel nous ne craignons pas de prédire du succès. Son format, la distribution des matières, l'ensemble de l'édition, et surtout le texte, nous suggèrent ce pronostic favorable. C'est aux monographies, aux articles de journaux, aux dictionnaires que le médecin avait recours lorsqu'il voulait s'éclairer sur quelque point déterminé de médecine légale. On peut dire qu'il n'y avait pas de livre conçu d'après le plan pratique adopté par M. Lutaud. Aujourd'hui on saura où puiser et l'on sera certain de trouver, dans ce livre, les données les plus récentes de médecine légale proprement dite, de la chimie et de la toxicologie légale et de la jurisprudence médicale, trois parties importantes traitées séparément dans cet ouvrage.

N'oublions pas une partie de ce livre qui fera un sensible plaisir aux élèves et principalement aux candidats du 4e examen de doctorat ; c'est un choix de rapports médico-légaux et d'observations placé en appendice à la fin de l'ouvrage.

Ce livre sera utile, également au praticien qui trouvera réunies dans un volume complet et concis, les matières qui font le sujet ordinaire de l'enseignement et de la pratique journalière. Le tout écrit avec ordre et dans un style qui ne laisse rien à désirer.

Prenez note de notre jugement, une seconde édition ne se fera pas longtemps attendre. FORT.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Nécrologie.* — Alphée Cazenave, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hospice Brézin, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Garches (Seine-et-Oise), à l'âge de 75 ans.

Le nom du savant dermatologiste et syphiliographe était depuis longtemps universellement connu par ses importants travaux. Voici les principaux :

— Abrégé pratique des maladies de la peau, 1828 ; 4e éd. 1847, 1 vol. in-8, par Cazenave et Schedel. — Traité des syphilides ou maladies vénériennes de la peau, 1843, 1 vol, grand in-8, accompagné d'un atlas in-folio de 12 planches dessinées d'après nature (ouvrage couronné par l'Institut). — Leçons pratiques sur les maladies de la peau, professées à la Faculté de médecine en 1841-1843. — Appendice thérapeutique du Codex, in-8. 1841. — Traité des maladies du cuir chevelu suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure avec 8 planches, dessinées d'après nature, gravées et coloriées, 1850. — Annales des maladies de la peau et de la syphilis ; recueil mensuel, grand in-8, 4 vol. (1844-1853). Les deux derniers volumes avec la collaboration du Dr Chausit. — Pathologie générale des maladies de la peau. 1 vol. in-8, 1868. — De la décoration humaine. Hygiène de la beauté ; 1 vol. grand in-18.

M. Cazenave a collaboré avec activité au *Dictionnaire de médecine*, 2e édition ; nous devons à sa plume féconde de nombreux articles de thérapeutique : — Argent. — Arsenic et composés arsenicaux. — Bismuth. — Borax. — Brome. — Calomelas. — Cantharides. — Charbon. — Chaux. — Ciguë. — Copahu. — Croton tiglium. — Cuivre. — Cyanogène. — Goudron. — Grenadier. — Hellébore. — Acide hydrochlorique. — Créosote. — Mercure. —

Moutarde. — Ether. — Acide oxalique. — Phosphore. — Plomb. — Soufre. — Stramonium. — Acide sulfurique. — Tartre stibié. — Valériane. — Vapeurs.

La plupart des articles sur les maladies de la peau, ont été écrits par M. Cazenave.

Dans ces dernières années, M. Cazenave vivait retiré dans sa famille, entouré de l'affection des siens. Ceux qui ont eu, comme nous, le bonheur de le connaître dans l'intimité et de contempler son visage si aimable, ceux-là seuls savent quels trésors de bonté, de tendresse et de générosité il y avait dans cet excellent cœur, point de mire de la maladie cruelle qui l'a ravi à l'affection de ses enfants et de ses amis. M. Cazenave fut pour nous plus qu'un maître, il fut aussi un ami; nous regrettons sincèrement l'un et l'autre et nous prenons une large part au chagrin de sa famille éplorée.

FORT.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort prématurée de M. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, imprimeur de *Paris-médical*, etc. Il n'avait que 39 ans. La droiture, la loyauté de M. Parent lui avaient conquis l'estime de tous ceux qui le connaissaient et qui déplorent aujourd'hui le malheur qui frappe si cruellement Madame Parent et ses enfants.

— *Faculté de médecine.* — M. Benjamin Anger, agrégé, fait un cours de pathologie externe au petit amphithéâtre de la Faculté (mardis, jeudis, samedis, 4 heures).

— *Cours préparatoires.* — M. Martin-D'amourette, recommencera une nouvelle série de cours pour le 3e et 4e examen de doctorat, et pour le premier de fin d'année, le mercredi 18 avril à 1 h., 70, rue de Seine.

M. le Dr Fort a commencé son cours particulier de médecine opératoire à l'école pratique.

— *Jury du concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* (13 candidats). MM. Verneuil, Tillaux, Lannelongue, Guéniot, Després, Guyon, Guérin, Polaillon, Frémy.

— *Mortalité à Paris.* — Dans les semaines finissant le 12 avril, on a constaté, sur une population de 1,986,748 habitants (recens. de 1876), 1,053 décès, décès dont 776 à domicile et 277 dans les hôpitaux.

— **Boîte aux lettres.** — *M. le Dr Cas...* Nos compliments. Nous vous approuvons complètement.

— *M. le Dr Pow...* Merci de votre lettre, nous vous avertirons lorsqu'il en sera temps. Pour le moment rien de nouveau.

— *M. Sat... Pau.* Nous vous écrirons à point.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 17. 26 Avril 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 18 *avril* 1877

M. Jaccoud a prononcé un discours mardi dernier à *l'Académie de médecine*, discours remarquable à tous les points de vue. On se rappelle, sans doute, que M. Jaccoud, comme nous l'avons exposé précédemment, croit à l'origine fécale de la fièvre typhoïde. Aujourd'hui, le savant professeur a voulu préciser davantage cette question : Sont-ce les matières fécales par elles-mêmes, abstraction faite de leur qualité et de leur origine, qui sont nuisibles ? Ou bien ne le sont-elles qu'autant qu'elles contiennent le poison spécifique, le poison typhoïde ?

Pour M. Jaccoud, les matières fécales ne deviennent typhogéniques qu'autant qu'elles renferment le poison typhoïde. Le plus ordinairement, la présence du poison résulte de l'introduction de déjections typhoïdes dans la masse excrémentitielle, auquel cas les matières fécales sont un simple agent de transmission ou de propagation de la maladie. Dans d'autres circonstances (qui, d'après les faits, sont aux précédentes comme 2 est à 3), le poison typhoïde prend naissance ou est apporté dans la masse excrémentitielle sans introduction préalable de déjections spécifiques ; et dans ce cas, les matières fécales, ainsi modifiées, sont pour la maladie un agent de génération.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance de ces affirmations. C'est aux praticiens à savoir en tirer profit.

— La *Société de chirurgie* s'est encore occupée de la *trachéotomie* (voir dans le corps du journal),

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

La trachéotomie simplifiée (*Société de chirurgie*)

Quel est le médecin qui n'éprouve pas un sentiment pénible au moment où il pratique cette émouvante opération ? Le plus grand nombre, les plus inexpérimentés surtout, ne peuvent se défendre d'une certaine crainte à la vue du sang qui jaillit de l'incision linéaire tracée au-devant de la trachée, et aussi à la pensée des dangers que présente cette opération.

La *Société de chirurgie* a eu à s'occuper de cette question dans l'avant-dernière séance (13 avril), à propos du thermo-cautère. M. Verneuil a fait, vu faire ou fait faire par ses élèves neuf trachéotomies avec le thermo-cautère de Paquelin. M. Krishaber en a fait cinq, M. Tillaux deux, M. Gillette deux, M. de Saint-Germain une, M. Paulet une. M. le professeur Denucé (de Bordeaux) en a fait trois, dont deux sur des sujets ayant des corps étrangers (noyaux de prunes) dans les voies aériennes, et c'est précisément à propos de la communication de ces deux faits de M. Denucé que la discussion sur le thermo-cautère dans la trachéotomie a été soulevée.

Le *modus faciendi* est des plus simples. Avec le couteau du thermo-cautère porté au rouge sombre, le chirurgien divise insensiblement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le plexus veineux sous-jacent et l'isthme du corps thyroïde, sans perdre pour ainsi dire une seule goutte de sang. La surface de la trachée exsangue se montre bientôt avec sa couleur blanche particulière. On prend alors un bistouri et l'on fend la paroi antérieure de ce conduit avec toutes les précautions qu'on a l'habitude de prendre dans le procédé ordinaire.

Quelques chirurgiens, comme M. Després, n'aimant pas les procédés nouveaux, aiment mieux se servir du bistouri dès le commencement de l'opération. Cependant les membres de la *Société de chirurgie* ont approuvé, d'un commun accord, l'emploi du thermo-cautère dont le principal avantage est d'agir rapidement et sûrement, *tutò et citò*, en évitant les hémorrhagies. Quant à nous, nous n'hésitons pas à recommander l'usage du thermo-cautère, qui supprime aux chirurgiens toutes les angoisses incomparables de l'opération de la trachéotomie par l'instrument tranchant.

Disons cependant que M. de Saint-Germain a observé une eschare sur la paroi même de la trachée d'un enfant auquel il avait

pratiqué la trachéotomie avec le thermo-cautère. Malgré ce fait, les membres de la Société, après avoir donné leur approbation complète à cette opération, sont résolus à la pratiquer dorénavant, convaincus qu'elle donne des résultats toujours avantageux.

En effet, si une eschare s'est produite sur la trachée du malade de M. de Saint-Germain, cela tient à la lenteur avec laquelle l'opération a été pratiquée; il faut aller un peu vite pour éviter la cautérisation profonde des tissus. Le même accident, au dire de M. Verneuil, est arrivé à M. Krishaber alors qu'il était inexpérimenté, mais depuis que M. Krishaber a une certaine expérience du thermo-cautère, il n'a eu qu'à se louer de cet instrument.

Quant aux hémorrhagies, les hémorrhagies secondaires ne se montrent pas plus fréquemment que dans la trachéotomie par le bistouri. On a rarement des hémorrhagies primitives, mais on peut en observer et elles sont dues à la section des vaisseaux par le couteau du thermo-cautère. M. Denucé conseille dans ces cas de diriger le couteau caustique sur le trajet du vaisseau et non en travers. Dans des cas pareils (il faut que le praticien en soit averti), on peut avoir une hémorrhagie primitive assez considérable comme cela est arrivé à M. Tillaux.

Comme complément à notre article nous devons rapporter ici le fait suivant raconté à ses collègues par M. de Saint-Germain lui-même à la séance du 18 avril :

J'ai été appelé depuis la dernière séance pour faire la trachéotomie à un enfant de 7 ans atteint d'un croup grave. L'opération a été faite avec le bistouri en un temps, sans accident. La quantité de sang perdu peut être évaluée à une cuillerée à soupe. Le lendemain, il y avait un tirage considérable accompagné d'un bruit de drapeau. J'enlevai les deux canules interne et externe, et aussitôt un flot de sang jaillit par la plaie. Environ 250 grammes s'écoulèrent en quelques secondes. Cette hémorrhagie céda après l'application d'une très-grosse canule. L'enfant a succombé hier à l'extension des fausses membranes. Si l'incision avait été faite avec le thermo-cautère, je n'aurais pas manqué d'attribuer à cet instrument l'hémorrhagie consécutive qui s'est produite. Il est donc juste de reconnaître que le même accident peut arriver avec l'emploi du bistouri. J'ai dit.

— A propos de trachéotomie, nous avons voulu nous rendre compte de la proportion des succès, en 1877, à l'hôpital des Enfants où, il faut bien le dire, la diphthérie présente cette année un caractère malin des plus graves. Du 1er janvier au 15 avril 1877, il a été fait 64 trachéotomies, il y a eu 6 guérisons et 57 morts ! L'un des derniers opérés est en voie de guérison.

Or, d'après M. Sanné, depuis 1851 jusqu'à 1875, la proportion moyenne des guérisons a été de 100 sur 382 opérés. E.

Observation remarquable de guérison d'un cas de méningite probablement tuberculeuse.

M. le Dr Barth, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, vient de lire l'observation suivante dans la dernière séance de la *Société clinique de Paris.*

Il n'est pas un médecin qui ne sache quelle est la gravité de la méningite, surtout de la méningite tuberculeuse. Quoique cette observation soit un peu ancienne, elle n'en offre pas moins d'intérêt, venant surtout d'une source aussi autorisée. M. Barth, en effet, peut passer à juste titre pour un de nos premiers maîtres en diagnostic. Nous engageons donc nos confrères à bien étudier cette observation; peut-être en tireront-ils quelque profit à l'avantage de leurs malades.

Le 26 novembre 1854, un enfant de 12 ans est pris de frisson avec céphalalgie, courbature, soif, anorexie, vomissements; la face est injectée, la peau chaude et le pouls bat 116. Le malade ne peut serrer les poings sans douleur. Le 30, la chaleur s'élève encore, le pouls monte à 124; la face est turgescente; dans la journée surviennent trois vomissement bilieux. *Potion à l'acétate d'ammoniaque.*

Le 1er décembre, les mêmes symptômes persistant sans trace d'éruption, nous croyons à une méningo-encéphalite. On applique 10 *sangsues à l'anus.*

Les piqûres saignent abondamment; le soir, le visage est plus pâle, moins turgescent; il y a encore eu plusieurs vomissements dans la journée. *Potion antispamodique.* La nuit est plus calme que les précédentes.

Le 2. Au matin (consultation avec M. le Dr Henri Roger), la tuméfaction de la face est tombée, le pouls moyen marque 116, les vomissements ne sont pas revenus; mais, depuis le début de la maladie, il n'y a pas eu d'évacuation alvine. *Calomel, lavement purgatif.*

Le soir, le malade est un peu assoupi; la chaleur est plus douce, 114 pulsations; il est encore revenu quelques vomissements dans la journée. *Eau pure.*

Le 3, face altérée, strabisme, cris; le malade veut se lever de son lit; pouls 116. *Calomel à doses fractionnées; 2 centigrammes de 2 en 2 heures; eau froide sur la tête; frictions mercurielles.* Vers huit heures, aucune évacuation n'ayant eu lieu, on administre un *lavement purgatif.*

Le soir (deuxième consultation avec M. Roger), le strabisme persiste avec un regard fixe, dilatation des pupilles ; *on rapproche les doses de calomel.* Nuit agitée, cris.

Le 4. Au matin, le malade remue la tête à droite, à gauche ; regard fixe, peau sèche, pas de selles ; urine chargée. *Tisane de chiendent, lavement purgatif, 2 vésicatoires aux jambes, un bain dans la journée* ; plus tard, *lavement purgatif et camphré, frictions avec l'huile camphrée sur le bas-ventre.*

Le soir, le malade est un peu plus calme tout en continuant de pousser des cris ; P. 112.

Nuit plus tranquille.

Le 5. Au matin, figure plus naturelle, chaleur modérée ; on reprend le *calomel* et les *frictions mercurielles.* Deux évacuations alvines dans la journée ; pas de strabisme, pupilles moins dilatées, le pouls ne marque plus que 103 pulsations à la minute. *Bain, lavement d'eau, bouillon coupé.* Trois nouvelles évacuations surviennent dans la soirée, la température baisse, le nez est froid, les joues sont fraîches, pouls 104.

Le 6 (troisième consultation avec M. Roger), pupilles peu mobiles, les vomissements n'ont pas reparu ; température modérée, pouls 96. On prescrit un *lavement avec 0,50 centigrammes de sulfate de quinine,* lequel n'est point gardé. *Bains avec 2 verres d'alcool.*

Après une journée un peu agitée, le malade devient plus calme dans la soirée ; la température est douce, le bout du nez seul est un peu frais, les pupilles se contractent sous l'impression de la lumière de la bougie. — *Potion antispasmodique, deuxième lavement au sulfate de quinine.*

Nuit bonne ; le lavement donné en deux fois a été gardé.

Le 27. Au matin, température asssez égale, les pupilles sont un peu mobiles à la lumière du jour.

Dans la journée les joues s'injectent vivement, le malade remue encore la tête automatiquement et pousse de petites plaintes ; pouls 102. *Vésicatoire aux cuisses ; bain alcoolisé ; potion calmante* pour la nuit.

Les deux jours suivants le malade est vu par M. Roger qui prescrit, le 8, du *citrate de magnésie, un collutoire au miel rosat, un vésicatoire à la nuque* ; et le 9, *deux vésicatoires aux jambes et une potion à l'acétate d'ammoniaque.*

Le 10. Le malade est notablement mieux que le 7 : Visage bon, température modérée, uniforme, pouls 96, pupilles mobiles ; le malade ne remue plus la tête, ne pousse plus de plaintes, tend la main, tire la langue, boit aisément ; un léger excès de sensibilité observé les jours précédents a disparu ; l'intérieur de la bouche présente des plaques blanches confluentes. — Boissons

nitrées, collutoire au borax, lavement simple, lotions avec du vin aromatique, bouillon.

Dans la journée, la peau devient plus chaude, les joues s'injectent, le pouls s'élève à 102.

Cette réaction se calme le soir et la nuit se passe tranquillement.

Le 11. Au matin, état satisfaisant, la bouche est à peu près nette, pouls 85-90.

Dans la journée, nouvelle réaction (P. 102) qui se calme le soir, comme celle de la veille. — Continuer le collutoire; application de pommade au sulfate de quinine sous les aisselles.

Le 12. L'amélioration se soutient : température uniforme, pupilles mobiles, langue rosée, lisse, bouche nette, pouls 85.

Le soir, le malade paraît plus faible, plus abattu ; la nuit est un peu moins bonne.

Le 13. Au matin, le facies est moins naturel, le malade est plus absorbé, moins alerte, et agit moins de la main droite ; pouls à 85.— *Faire suppurer le vésicatoire de la nuque*; *lavement purgatif avec sel et huile.*

Le soir, l'expression de la physionomie est encore moins intelligente (plus idiote) ; le petit malade tire la langue, mais il la tire à tout ce qu'on lui demande ; la main droite reste immobile et ne se meut un peu que quand on la pince ; la jambe droite est aussi un peu moins mobile. — *Calomel, potion stimulante.*

Le 14 octobre (18e jour de la maladie). Deux selles ayant eu lieu le matin, on suspend momentanément le calomel. Le malade remue le bras gauche, mais il laisse le droit immobile, et donne difficilement la main droite, la sensibilité est émoussée du côté droit ; pouls à 95. — *Reprendre le calomel dans la soirée; liniment ammoniacal.*

Le 15, deux évacuations alvines dans la matinée ; état assez calme, suivi d'un peu de réaction fébrile et d'agitation dans la journée, pouls à 102.

Le soir, le malade est de nouveau plus tranquille, pouls à 85. *Deux nouveaux vésicatoires sont appliqués aux cuisses.*

Le 16 et le 17. Le mieux continue ; les vésicatoires ont bien opéré ; le pouls marque 65 le matin, 80 le soir. Suspension des médicaments autres que les frictions ; légers aliments.

Le 18, Le malade essaye de parler, pouls 78. — *Deuxième vésicatoire à la nuque.*

Le 19. Le malade ouvre bien les yeux. Il n'y a pas de selles depuis plusieurs jours, 5 *centigrammes de calomel suivis d'une dose d'huile de ricin* sont vomis, *lavement purgatif* qui amène quelques matières.

Nuit calme.

Les jours suivants l'amélioration s'accentue peu à peu.

On varie les lavements, *on convertit en cautère le vésicatoire de la nuque* et l'on augmente peu à peu les *aliments*.

Le 25. Le malade étant resté depuis trois jours sans évacuation alvine, on prescrit une *émulsion d'huile de ricin* qui est en partie vomie et produit cependant une selle abondante dans la nuit.

Le 26. Le malade est bien ; chaque jour il fait quelques progrès : sa physionomie devient plus intelligente ; il rit en entendant parler d'aliments, pousse quelques cris qui semblent dire qu'il a faim, mais il ne prononce pas encore une syllabe ; le pouls se maintient au chiffre de 80, 85 pulsations par minute. Pendant ce temps, on continue les *frictions stimulantes ;* on entretient le cautère de la nuque ; on augmente graduellement la nourriture et l'on y ajoute, le 31, un petit verre de *vin de quinquina*.

Dans le courant de janvier, l'amélioration, lente dans sa marche, s'accentue de plus en plus sous le rapport de l'intelligence et du mouvement. La physionomie du malade prend de l'expression ; le 4 il sourit, salue de la main et de la tête ; le 7, il tend la main droite ; le 15, il fait quelques pas sans soutien. En même temps l'appétit se développe, les digestions sont parfaites, et il n'y a plus d'issue involontaire des matières fécales ; la maigreur diminue, la chaleur est normale et le pouls descend à 70, le 5, et dès le 7 ne donne plus que 62 pulsations par minute.

Le 20. Le malade me fait un excellent accueil ; il a retrouvé la parole ; il articule les mots avec difficulté, mais il les applique parfaitement.

Le 21. Il se déclare une légère diarrhée qui cède en quelques jours à la diète. Dans les premiers jours de février, on note un peu d'excitation nerveuse ; le cautère, devenu douloureux, est supprimé et remplacé, le 8, par un *vésicatoire au bras*. A part de légers incidents, la convalescence fait chaque jour des progrès : la physionomie est expressive, les idées nettes, les facultés intellectuelles et affectives sont naturelles. Le malade reprend de l'embonpoint et des forces, et revient, après soixante-sept jours de maladie, à son état habituel.

En résumant les principaux traits de cette affection qui commence par les prodromes des maladies aiguës, avec céphalalgie intense et vomissements bilieux, et se caractérise par la perte de l'intelligence des cris violents, la fixité du regard, le strabisme, la dilatation des pupilles, avec constipation opiniâtre, uis par un abaissement de la température, suivi de retour de

chaleur et d'injection de la face, et successivement par un mouvement automatique de la tête à droite et à gauche, l'abolition de la parole, la paralysie incomplète du mouvement et de la sensibilité au bras ; l'incontinence des matières fécales, etc., on ne peut douter qu'il y ait eu là une méningite débutant d'une manière aiguë, avec produits d'exsudats morbides en différents points de la périphérie de l'encéphale, et accumulation probable d'un épanchement séro-plastique dans le ventricule gauche.

La méningite, je le répète, ne semble pas pouvoir être mise en doute ; mais était-elle tuberculeuse ou simplement inflammatoire ? En d'autres termes les exsudats étaient-ils seulement de nature plastique ou accompagnés de matière tuberculeuse ?

L'une et l'autre peuvent être soutenues.

La soudaineté de l'invasion et l'absence de signes de tuberculisation pulmonaire peuvent faire penser qu'il ne s'agissait que d'une phlegmasie simple, d'une méningo-encéphalite franche.

Cependant on voit de ces débuts subits chez des enfants qui succombent et présentent, à l'autopsie, une infiltration évidente de tubercules dans les méninges.

En l'absence de toute cause accidentelle (car nous n'avons noté ni contusion, ni insolation, ni otite, ni travail de dentition), on peut supposer la préexistence de quelques grains tuberculeux qui ont agi comme épine et déterminé l'explosion de la phlegmasie méningée qui, elle-même, a donné lieu à l'exsudation de produits inflammatoires ultérieurement repris par l'absorption.

Ce qui tiendrait à jeter quelque jour sur cette controverse, c'est que, pendant la convalescence même du jeune malade, son frère aîné, âgé d'environ 18 ans, a été pris d'un état morbide à marche lentement progressive, lequel commençant par du malaise, de la langueur, de l'abattement, prend au bout d'une vingtaine de jours les apparences d'une fièvre muqueuse, qui persiste, s'aggrave avec élévation de la chaleur, accélération du pouls, rêvasseries, délire, et finalement l'apparition d'un râle crépitant dans toute la hauteur du poumon gauche en avant, suivi bientôt d'une terminaison funeste.

Ne voyons-nous pas là et surtout dans cette crépitation pulmonaire les signes d'une phthisie miliaire, et n'est-il pas permis d'en induire que la maladie de son frère participait de la même nature ?

BARTH.

L'alcool dans la santé et dans la maladie.

Nous lisons dans le *Journal des connaissances médicales* une appréciation pleine d'intérêt sur la consommation usuelle de l'alcool et sur son emploi en thérapeutique. La quantité d'alcool consommée dans les villes soumises à l'octroi, les seules où l'on puisse recueillir des chiffres précis, s'est élevée en 1872 à 3 litres 75 cent. par tête et par année, et, en 1873, à 4 litres 98 cent. En 1871 (année fatale dans les événements de laquelle l'alcool a joué un grand rôle), la consommation s'était élevée, à Paris, à 8 litres 37 cent. par tête et par année. Cette quantité est certainement supérieure dans les climats froids du Nord.

La place qu'occupe aujourd'hui l'alcool en thérapeutique peut être mise au nombre des causes de la consommation croissante de ce liquide. Ce fut en effet un grand progrès en médecine, dû à l'initiative des médecins les plus réputés d'Angleterre et de France, de prescrire l'alcool dans la plupart des maladies aiguës et chroniques, dans la pneumonie, dans le croup, dans les affections infectieuses, dans la fièvre puerpérale, les fièvres traumatiques, etc.; dans les maladies cachectiques comme la phthisie, etc. Les préparations alcooliques qui nous paraissent le plus recommandables sont celles dans lesquelles l'alcool sert de véhicule aux principes nutritifs de la viande crue, comme l'élixir alimentaire de Ducro, parce qu'elles permettent de faire profiter les malades des heureux effets de l'usage de la viande crue et de l'alcool, sans avoir à redouter le tœnia.

L'habitude prise pendant la santé d'une consommation régulière, d'une réparation incessante, le médecin doit la subir et la continuer si les symptômes de la maladie qu'il traite si la facilité des digestions et de l'assimilation le lui permettent.

Traitement et guérison radicale d'une névralgie rebelle par les injections hypodermique de nitrate d'argent.

M. Ledentu, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, vient de lire à la *Société clinique de Paris* un intéressant travail dont nous extrayons l'observation suivante pleine d'intérêt pour le praticien.

Les exemples de névralgies rebelles, traitées et guéries par les injections hypodermiques de nitrate d'argent, dit M. Ledentu, sont aujourd'hui nombreux. Ce moyen a été surtout employé jus-

qu'ici contre les sciatiques réfractaires aux médications ordinaires.

Voici un cas de névralgie du nerf radial radicalement guéri de la même façon :

Névralgie rebelle du nerf radial droit. Guérison. — En novembre 1876, une femme, 26 ans, me consultait pour une névralgie du nerf radial droit, dont elle souffrait beaucoup depuis près de quatre mois.

En décembre, je conseillai successivement le sulfate de quinine, l'opium, la belladone, le bromure de camphre à l'intérieur, et j'employai concurremment les vésicatoires pansés à la morphine et de sulfate d'atropine; la faradisation, faite deux fois, augmenta les douleurs, bien loin de les calmer.

Au commencement de janvier, je proposai une injection de nitrate d'argent. Les douleurs avaient leur maximum au niveau de la gouttière radiale de l'humérus; il y avait trois autres foyers : 1° vers la tête du radius; 2° à la partie postéro-externe de l'avant-bras, à peu près en son milieu; 3° sur le dos de la main, à la partie supérieure du deuxième métacarpien. Des irradiations, partant de ces trois points, remontaient vers la région deltoïdienne, descendaient vers la face dorsale des doigts auxquels se termine le radial et gagnaient même le côté interne du dos de la main.

Le 11 janvier, j'injectai à la partie moyenne de la face externe du bras, sept gouttes d'une *solution de nitrate d'argent au quart* (soit trois demi-tours et un quart de tour de la seringue de Pravaz).

Il s'ensuivit immédiatement une douleur intense qui se substitua dès ce moment à la douleur névralgique. Cette dernière *ne se reproduisit plus un seul instant* à partir de l'injection.

Un gonflement très-douloureux envahit le bras et la partie supérieure de l'avant-bras, gonflement œdémateux d'abord, puis phlegmoneux au voisinage de la piqûre.

Vers le 20 janvier, un pus séreux abondant s'échappa par la piqûre. La suppuration dura une dizaine de jours.

Plus de deux mois après l'injection, la guérison s'est maintenue complète, absolue. A aucun moment les douleurs n'ont reparu.

J'étais redevable de ce succès si franc, si incontestable, à la méthode de Luton. LEDENTU.

Traitement de la teigne pelade,

Par M. LAILLER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

On sait que, d'après M. Bazin, la teigne pelade, qui

peut être achromateuse (à cause de la décoloration de la peau, ou décalvante), comprend : le porrigo decalvans de Bateman et le vitiligo du cuir chevelu de Cazenave.

Le traitement de la pelade a été longtemps l'épilation avec adjonction de frictions avec la pommade au turbith minéral dans la proportion suivante :

℞ Axonge................	29 grammes.
Turbith minéral.........	1	—

Tel était le traitement employé par M. Bazin. Pour moi j'ai renoncé à l'épilation, et cela pour deux raisons que je crois péremptoires ; il ne saurait être d'aucune utilité (la pratique a confirmé cette vue anatomo-pathologique) d'épiler à l'entour d'une plaque de pelade, puisque là on n'a jamais pu déceler de champignons sur les cheveux ; cette épilation, inutile à l'entour de la plaque, devient impossible à son centre, puisque là la peau est glabre et lisse.

Ce qui paraît le mieux réussir dans le traitement de la pelade, c'est une certaine excitation portée sur le cuir chevelu ; aussi je me trouve bien de la rasure fréquente et des frictions un peu irritantes ; mon collègue, M. Vidal, emploie les vésicatoires. Le reproche que je fais à ce dernier traitement est de s'appliquer aux seuls cas de pelade limitée, de ne pouvoir s'employer quand la pelade tend à se diffuser.

M. Horand (*Annales de Dermatologie* de 1875) préconise l'huile de croton, dont on imprègne une rondelle d'amadou portée sur les parties malades : cette application est suivie de frictions d'huile d'amandes douces.

Après bien des tentatives, après comparaison des effets obtenus par les diverses méthodes, voici le traitement que j'emploie et dont j'obtiens d'assez heureux effets.

Je fais raser la tête deux fois par semaine, la barbe tous les jours, puis, frictionner matin et soir avec la préparation suivante :

℞ Baume de Fioraventi...........	a a 100 grammes.
Alcool camphré...............	
Teinture de pyrèthre...........	
Ammoniaque liquide...........	6 grammes.
M.	

ou bien. :

℞ Baume de Fioraventi...........	a a 100 grammes.
Alcool camphré...............	
Teinture de cantharides........	25 à 50 grammes.
M.	

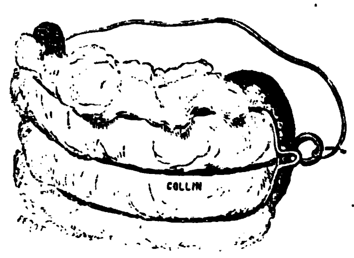
Si je vous recommande cette préparation, c'est qu'elle est

agréable comme odeur et ne tache ni la peau, ni le linge, considération fort importante pour les malades qui peuvent ainsi continuer leur traitement sans gêne et sans inconvénients d'aucune sorte. Vous avez pu suivre des malades à la consultation et vous avez pu vous convaincre que rien n'est facile comme ce traitement qui, dans la moyenne des cas, semble donner la guérison en six à huit mois.

Vous savez que, dans la pelade de la barbe, j'insiste plus particulièrement sur l'emploi quotidien du rasoir suivi de l'usage de légères frictions avec la solution indiquée précédemment, ou tout simplement avec de l'eau de Cologne ou toute autre préparation de toilette analogue. En plus de son action réelle, ce mode de traitement a l'avantage de faire prendre patience aux malades et leur permet de dissimuler l'affection dont ils sont atteints.

Quel que soit du reste le moyen employé, l'indication est de déterminer un certain degré d'irritation de la peau en évitant d'aller jusqu'à la pustulation.

Appareil pour empêcher la poussière de pénétrer dans la bouche.



M. Henri GUENEAU DE MUSSY présente un appareil construit sur ses indications par M. Collin. Cet appareil, fort simple, renferme du coton que l'on peut renouveler facilement; il s'applique sur la bouche, et, sans empêcher la respiration, s'oppose cependant, en tamisant l'air, à la pénétration des particules solides dans la cavité buccale; cet appareil donne de bons résultats chez l'ouvrier qui travaille dans les milieux où voltigent des poussières toxiques. (Société de thérapeutique, séance du 26 février 1877.)

Nous n'avons pas besoin d'insister pour faire comprendre tout le bien que peuvent retirer d'un appareil aussi simple les nombreux ouvriers qui finissent par être mortellement atteints d'affections pulmonaires graves lorsqu'ils vivent dans une atmosphère chargée de certaines poussières qui agissent mécaniquement en obstruant les dernières ramifications bronchiques et les petits canaux qui font communiquer ces ramifications avec les lobules pulmonaires.

Sur un procédé fort simple pour extraire les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant.

M. le Dr Thouvenin, de Vezelise (Meurthe-et-Moselle), a communiqué ce procédé à M. le Dr Dujardin-Beaumetz, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique.*

Ce moyen, dit M. Thouvenin, consiste à coucher l'enfant à plat ventre sur une table en laissant déborder la tête qu'un aide soutient, puis à introduire le doigt dans la bouche *pour déprimer la langue;* aussitôt la pièce de monnaie glisse le long du doigt de l'opérateur et tombe à terre.

Ce procédé n'est peut-être pas élégant, mais il est expéditif, peu douloureux, sans danger et facile à appliquer.

Formule :

Formule d'un bain topique employé par M. Vallin, agrégé du Val-de-Grâce, pour la cicatrisation des ulcères atoniques que rapportent souvent les marins ou les soldats des pays chauds.

℞ Hydrate de chloral............	1	gramme.
Glycérine....................	30	—
Eau..........................	50	—
M.		

BIBLIOGRAPHIE

Des folies raisonnantes, de l'aliénation mentale, par le Dr V. Bigot, directeur et médecin de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loire). Librairie Germer-Baillière, 8, place de l'Odéon. Paris, 1877. 1 vol. in-8 ; prix : 10 fr.

Pour être compris, le travail de M. le Dr Bigot demande à être lu attentivement et même plusieurs fois. Ce n'est pas une histoire dogmatique, un exposé de la folie que nous présente notre savant confrère ; c'est une étude de cet *état équivoque* qui se trouve à l'entour de la raison et qu'on est souvent embarrassé de placer dans la raison ou dans la folie. On comprend la difficulté et la délicatesse du sujet qui ne pouvait être traité que par un praticien émérite.

Du reste, M. le Dr Bigot nous paraît avoir atteint heureusement son but.

C'est dans l'observation et l'expérience que M. Bigot a puisé les éléments de son livre. Il en est arrivé à admettre la période raisonnante dans toutes les espèces de trouble mental, tandis que plusieurs auteurs ne l'admettent que pour certaines formes de l'aliénation. Le savant aliéniste nous dit que, envisagé au point de vue médico-légal, l'étude à laquelle il s'est livré peut

être considérée comme un complément, une sorte d'introduction de la *Folie devant les tribunaux* du savant auteur de ce remarquable ouvrage, M. Legrand du Saulle.

Traitement des maladies chroniques de l'utérus ; guérison radicale des déviations, inflexions et déplacements jusqu'ici réputés incurables, par une nouvelle méthode exempte de tout danger, par le Dr Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, 1 vol. in-8 ; librairie V.-Ad. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris, 1877. Prix : 10 fr.

M. le Dr Abeille, commence par s'inscrire en faux contre les assertions suivantes de Paul Dubois, de Velpeau, de Pajot, etc. « Les inflexions de l'utérus sont des résultats pathologiques incurables...., quant aux déplacements, il faut recourir aux pessaires, sans pouvoir les guérir. » (Paul Dubois, Discussion à l'Académie de médecine, 1848.) « Les déviations utérines ne tuent pas, mais on ne les guérit pas. » (Velpeau, dans la même discussion, 1848.) « Il faut encore revenir aujourd'hui au jugement de Velpeau qui dit : les déviations ne tuent pas, mais on ne les guérit pas. » (Pajot, leçons à la Faculté de médecine de Paris, 1874).

M. Abeille assure qu'il guérit les déviations utérines et qu'il remédie par la suite à la stérilité des femmes qui portaient les déviations. « Toutes celles qui sont devenues grosses, dit-il, ont pu accoucher naturellement, preuve que nos opérations en redressant l'organe dévié ne lui enlèvent rien de sa puissance d'extensibilité et de contractilité, tout en remédiant à la stérilité. »

M. Abeille n'est pas partisan des redresseurs intra-utérins de Simpson, Valleix, etc., le pessaire Gariel trouverait grâce, à la rigueur, devant lui, et il cite même un cas où ce pessaire lui a rendu les plus grands services. Notre confrère guérit, dit-il, les déviations et déplacements de l'utérus : 1° par un traitement général et un traitement local préparatoire ; 2° par un traitement chirurgical auquel il donne le nom de *myotomie utéro-vaginale ignée.* Pour guérir une antéversion, il fait, au moyen d'un cautère actuel tranchant, plusieurs incisions sur la face antérieure du col, dont il résèque ensuite une portion de la lèvre antérieure. Dans la rétroversion il fait la même opération sur la face postérieure du col. Dans l'abaissement, il fait plusieurs incisions autour du col. Dans tous ces cas, il fonde son espoir de guérison sur la rétraction cicatricielle. Malgré tout le talent de notre confrère, nous nous permettrons de n'admettre de tels résultats

qu'après un contrôle sérieux. Nous ne pouvons pas admettre que la rétraction de ces cicatrices *faites à la surface du col* suffise à redresser l'utérus. D'autre part, l'innocuité de ces cautérisations faites si près du cul-de-sac postérieur du péritoine ne nous paraît pas démontrée.

Manuel d'Ophthalmologie, par le Dr Georges Camuset. 1 volume de 700 pages avec 123 figures dans le texte et une eau forte. — Paris, G. Masson, éditeur. Prix : 7 francs.

Le livre de M. Camuset n'est pas un ouvrage banal, il offre une originalité que le lecteur saisit à première vue. Tout ce qui concerne l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil est réuni dans ce petit volume orné de figures, la plupart originales et dessinées par l'auteur lui-même.

Le manuel d'ophthalmologie de M. Camuset offre un grand intérêt pratique; il est très-scientifique sans être surchargé d'inutilités. Ecartant les discussions inutiles, l'auteur a eu principalement en vue le traitement des affections de l'appareil de la vision et les opérations qu'on pratique sur les divers organes qui le composent.

Simplicité, clarté, précision, telles sont les qualités qui feront le succès de cet ouvrage pour la confection duquel l'auteur ne s'est pas borné au rôle de compilateur. On peut y lire, par exemple ce qui ne se trouve pas ailleurs, comme la cataracte molle des animaux crépusculaires, la description de tubes compressibles pour l'application de pommades ophthalmologiques, et celles des sondes médicamenteuses laissées à demeure dans le canal naso-lacrymal, etc.

En somme, M. Camuset nous a écrit un *manuel d'ophthalmologie* digne de son nom et de sa réputation comme ophthalmologiste. Après avoir lu le chapitre de maladies des yeux qu'il a écrit dans la *Pathologie et clinique chirurgicales* de M. Fort, nous étions assuré de n'avoir que des éloges à faire de son livre.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Faculté de médecine. — Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — Le Dr Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis le 27 avril à neuf heures et demie, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

Visite des malades le mardi à 8 heures et demie.

— *Mortalité à Paris.* — (1,986,748 *habitants, recensement de* 1876). — Dans la semaine finissant le 19 avril 1877, on a constaté 1,025 décès dont 757 à domicile et 271 dans les hôpitaux (65 angines couenneuses et croups).

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 18. 3 Mai 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 2 mai 1877.

L'*Académie de médecine*, entre autres communications, a reçu de M. le Dr Edouard Fournié, l'un de nos spécialistes les plus distingués en laryngoscopie, une note relative au sommeil. La théorie, par trop originale, que M. le Dr Willemin avait communiquée dans la séance précédente à la savante compagnie, a évidemment provoqué l'envoi de la note de notre savant confrère. « Le sommeil, dit M. Edouard Fournié, est le résultat d'une loi de l'activité fonctionnelle, la loi du repos fonctionnel imposée à tous les organes. Cette loi a sa raison d'être dans la nécessité de reconstituer les produits de la vie organique épuisés par l'activité fonctionnelle. »

Cette théorie du sommeil, extraite de la *Physiologie du système nerveux* publiée par M. Fournié en 1872, nous paraît plus satisfaisante que celle de M. Willemin.

M. Perrin a offert à l'Académie un petit volume très-intéressant et fort bien écrit par M. Guichet, médecin major: *Les Etats-Unis*. Ce livre renferme les détails les plus curieux sur l'organisation de l'enseignement médical aux Etats-Unis, la prostitution, etc., etc.

La séance a été remplie ensuite par un rapport de M. Pidoux sur un travail de M. Delasiauve, relatif aux classifications des maladies mentales, et par une lecture de M. Rochard, l'un de nos chirurgiens les plus distingués, inspecteur général du service de santé de la marine, sur l'*Influence du climat et de la race sur la marche des lésions traumatiques et la gravité des opérations chirurgicales.* Le travail de M. Ro-

chard est trop important pour que nous le passions sous silence ; nous le résumerons dans un article spécial.

Nous parlerons également d'une modification du cathétérisme de l'œsophage dont il a été question à la *Société de chirurgie*.

CORRESPONDANCE

Nous recevons du savant professeur d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris la lettre suivante, au sujet d'un article bibliographique publié par nous dans le dernier numéro sur l'ouvrage récent du Dr Abeille.

La notoriété de l'illustre professeur et l'affirmation contenue dans sa lettre donnent de la valeur à quelques-unes des réflexions que nous avons émises dans notre article.

Parlez, cher et honoré maître, le lecteur vous écoute.

Mon cher confrère,

Je lis dans votre journal :

« M. Abeille assure qu'il guérit les déviations utérines et qu'il « remédie, par la suite, à la stérilité des femmes qui portaient « ces déviations. »

J'ignore si notre confrère guérit les déviations, *sans exposer les femmes à la mort*, mais j'affirme qu'il remédie certainement à la stérilité, avec d'autant plus de facilité, dans ces cas, qu'elle n'existe point.

Veuillez agréer, etc. Professeur Pajot.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement des hémorrhagies utérines.

A. — *Traitement par les injections sous-cutanées d'ergotine.*

1° Une fille de 25 ans, ayant des ménorrhagies abondantes, était devenue profondément anémique et se trouvait dans un état de prostration complète. Pas de lésion organique. Une ménorrhagie persistait depuis un mois et ne cédait ni aux topiques froids, ni au perchlorure de fer, lorsque le Dr Stéfano Tonoli lui fit au bras deux injections hypodermiques d'une solution composée de 3 grammes d'ergotine dissoute dans 9 grammes d'eau, de glycérine et d'alcool. Le même soir, quatre injections. Chaque

fois on injectait tout le contenu de la seringue Pravaz. Cinq jours après la malade quittait le lit.

Le mois suivant, nouvelle hémorrhagie. Cinq injections d'ergotine sont faites dans le débu et l'hémorrhagie cessa. Guérison complète, se maintenant au bout de quatre mois.

2° Une femme de 32 ans a des métrorrhagies. On essaie inutilement le perchlorure de fer. On a recours aux injections d'ergotine, et l'on injecte 0,80 centigrammes le premier jour et 1 gr. 20 le lendemain. Cessation de l'hémorrhagie, réapparition huit jours après. Le Dr Tonoli a de nouveau recours à l'injection de 1 gr. 20 cent. d'ergotine et la guérison survient. Elle se maintenait deux mois après.

Ces deux faits sont rapportés par la *Gazzetta medica Italiana* de Padoue. Nous ferons remarquer à nos lecteurs que le traitement n'est pas neuf et que l'année dernière, dans ce même journal, n° 22, 2 mars 1876, nous rapportions l'histoire d'une malade également guérie de métrorrhagies abondantes par M. le Dr Terrier, qui avait eu recours aux injections hypodermiques d'ergotine. Voici ce que nous disions :

Une femme de 49 ans, pâle, infiltrée, très-anémique, avait un peu d'œdème pulmonaire et des vomissements. Il fallait à tout prix arrêter l'écoulement sanguin qui se faisait d'une manière permanente par l'utérus (portant une tumeur fibreuse). On fit dissoudre 4 grammes d'ergotine dans 30 grammes d'eau et de glycérine mélangés à parties égales.

Chaque jour on injecta vingt gouttes de ce liquide. Au bout de quinze jours l'hémorrhagie était arrêtée. On fait ensuite les injections tous les deux jours, puis tous les quatre jours. La malade sortit quelque temps après de l'hôpital complètement guérie.

Tous ces faits montrent d'une manière incontestable l'action de l'ergotine administrée en injections sous-cutanées.

B. — *Traitement des hémorrhagies utérines par l'eau chaude.*

Dans les cas de métrorrhagie, M. Peter a vu souvent réussir un moyen puissant, préconisé déjà par Trousseau, au dire du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, et que l'on craint souvent d'employer, peut-être parce qu'on le considère à tort comme dangereux. Il s'agit des injections vaginales avec de l'eau chaude pure ou additionnée d'une décoction médicamenteuse. Cette injection doit être faite avec l'eau aussi chaude que la malade pourrait la supporter, et répétée deux ou trois fois par jour. M. Peter citait, à ce propos, l'exemple d'une de ses clientes, actuellement en province, et atteinte d'une métrorrhagie qui

durait depuis vingt-un jours et avait résisté à tous les moyens habituellement mis en usage. Consulté à ce sujet, M. Peter ordonna de continuer l'ergotine qui était déjà employée, et prescrivit en outre des injections d'eau chaude faites suivant ce procédé. Dès le premier jour de cette médication, la métrorrhagie fut arrêtée et ne se reproduisit plus dans la suite. Cette application de la chaleur dans les traitements des métrorrhagies a été faite de plusieurs manières; une des plus utiles est celle qui consiste dans les sacs à eau de Chapman ; ce sont deux sacs en caoutchouc contenant de l'eau très-chaude et qu'on place sur la région lombaire, sur les parties latérales de la colonne vertébrale. On comprend que tout autre procédé équivalent rendrait les mêmes services en produisant une action semblable. On suppose, pour l'expliquer, qu'on amène ainsi une excitation des ganglions lombaires, qui détermine une suractivité des vaso-moteurs, d'où la contraction des vaisseaux et la cessation de la congestion et de l'hémorrhagie. Les bains très-chauds sont devenus aussi d'un usage assez répandu, parce qu'ils réussissent très-bien dans certains cas, mais leur emploi doit être surveillé de très-près. Ils doivent être très-chauds et très-courts, d'une durée de deux ou trois minutes. Tous ces moyens peuvent rendre de grands services au praticien, pourvu qu'il s'en serve dans des cas où leur indication se présente naturellement, et qu'il en surveille l'action avec soin.

C. — *Hémorrhagies utérines incoercibles chez une jeune fille de 13 ans. Transfusion. — Guérison.*

Nous ne savons pas si l'on a eu recours aux moyens précédents dans l'observation qui suit.

Dans le cas où nos savants confrères de l'Hôtel-Dieu de Reims n'auraient pas employé les injections d'ergotine, on peut supposer qu'ils ont eu d'excellentes raisons pour agir comme ils l'ont fait. Quoiqu'il en soit, l'observation prise dans le service de M. le professeur Strapart, par M. Leroy, élève de l'Hôtel-Dieu, et publiée par l'*Union médicale du Nord-Est*, est très-intéressante pour que nous n'en donnions pas un extrait assez complet à nos lecteurs, en ayant bien soin toutefois de leur répéter de nouveau, qu'on ne doit pratiquer la transfusion qu'après avoir employé tous les moyens connus.

Une jeune fille, âgée de 13 ans et demi, était amenée à l'hôpital pour une hémorrhagie utérine.

Pendant ses règles, en octobre 1876, elle est prise, après avoir couru, d'un violent point de côté et de douleurs abdominales très-vives. L'écoulement sanguin augmente et le lendemain elle est obligée de garder le lit. Elle commence à perdre quelques caillots ; après 21 jours de pertes abondantes, elle entre à l'hôpital, le 23 nov. 1876.

Pâleur universelle des téguments; sueurs froides; pouls filiforme, irrégulier, très-rapide. Respiration lente. Souffle très-marqué au cœur. Tendance aux lipothymies. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien. La pression sur l'abdomen n'éveille aucune douleur.

Cette jeune fille a toujours été d'une bonne santé ; elle n'a jamais eu d'épistaxis. Du côté de ses parents on ne trouve rien qui puisse faire découvrir une diathèse hémorrhagique.

A quoi était due cette hémorrhagie? Le problème était assez difficile à résoudre, car, vu l'âge de la jeune fille, un examen complet était chose assez délicate.

Pendant quelques jours on atteint une légère amélioration sous l'influence de potions contenant, soit un gramme d'ergotine, soit vingt gouttes de perchlorure de fer, de lavements froids et de sulfate de quinine.

Sous l'influence de cette médication, l'état de la malade semble s'améliorer. L'écoulement sanguin diminue sans cependant cesser complètement, les caillots sont moins nombreux.

Mais le 14 décembre, il y a une perte considérable; des caillots sont expulsés plusieurs fois dans le courant de la journée. Ce redoublement dans l'hémorrhagie paraît coïncider avec l'époque menstruelle. La malade est prise de vomissements bilieux abondants qui se répètent à deux reprises dans l'après-midi.

15 déc. Glace sur le ventre. La nuit, l'écoulement redouble, expulsion de caillots noirs et fétides, vomissements bilieux. La malade vomit tout ce qu'elle prend.

16 déc. Elle est complétement exsangue, abattue, elle a de fréquentes envies de vomir : *seigle ergoté* par paquets de 10 cent., pilules de protoxyde de fer, glace sur le ventre.

17 déc. L'état de la malade est désespéré. Teinte cadavérique; le pouls n'est plus senti, la peau est froide, la voix éteinte, la malade n'a presque plus conscience de ce qui se passe autour d'elle. C'est alors que MM. Strapart, Henri et Adolphe Henrot et Langlet, après avoir émis diverses opinions sur la cause probable de cette hémorrhagie, sont tous d'avis de faire la transfusion et de la faire immédiatement, la malade pouvant succomber, selon toutes probabilités, dans le courant de la journée.

Opération. — L'opération fut dirigée par M. Henri Henrot, qui

quelques mois auparavant avait pratiqué une transfusion avec plein succès.

La transfusion se fit avec du sang non défibriné (fourni par le père de la malade), au moyen de l'appareil de M. Mathieu. La quantité de sang injectée fut de 170 grammes.

Tout marcha pour le mieux. A mesure que le sang était injecté, la jeune fille ressentait une chaleur assez vive dans tout le corps, elle semblait ressusciter au contact de ce fluide vivifiant; aussitôt après l'opération elle rendit une quantité assez considérable de caillots renfermés dans le vagin.

Peu d'instants après l'opération, la sensation de chaleur que la transfusée avait éprouvée fait place à quelques frissons. Elle est prise d'une soif extrêmement vive que rien ne peut calmer. On lui prescrit pour la journée 150 grammes de vin de Malaga, du vin de Bordeaux. Glace sur le ventre. On lui permet du bouillon.

La malade, avant l'opération, avait les pupilles dilatées, deux heures après elles étaient considérablement rétrécies, cet état persiste pendant 4 ou 5 heures. Le soir, la température du corps est plus élevée. La transfusée continue à perdre, mais en petite quantité; la nuit est assez agitée, pas de sommeil; il y a des nausées fréquentes, mais pas de vomissements.

Du 18 au 25 décembre, la malade a présenté une température variant de 38° à 39°. Le pouls s'est maintenu très-élevé, de 150 à 130; il est tombé à 120, le 23 décembre. Une médication tonique et reconstituante a été employée. On a eu recours à la glace en application sur le ventre.

Un mois après l'opération, la jeune fille transfusée a commencé à se lever. Enfin le 28 janvier, elle quittait l'Hôtel-Dieu dans un état très-satisfaisant. Le pouls quoique toujours un peu rapide est régulier, le souffle cardiaque est moins net. Les fonctions digestives se font régulièrement; la gaîté est revenue; la jeune fille est encore très-pâle; on voit se dessiner une petite rougeur sur les joues sous l'influence d'un air plus pur que celui d'une salle d'hôpital; la guérison hâtera sa marche. Les règles ne sont pas revenues depuis la perte qui a nécessité la transfusion.

D'après M. H. Henrot, les phénomènes observés chez cette jeune fille étaient dus à la chlorose poussée à la dernière limite. Le traitement a donné la preuve que l'état des organes génitaux était hors de cause dans la production des accidents. Cette enfant s'était développée très-rapidement. Il y avait une aglobulie considérable qui permettait de compter facilement sous le champ du microscope les globules rouges espacés les uns des autres. Après la transfusion de 170 grammes de sang non défibriné, l'augmentation du nombre des globules fut considérable.

Au point de vue thérapeutique, un phénomène était inquiétant: c'étaient les vomissements incoercibles. Il fallait les supprimer le plus rapidement possible. L'indication de la transfusion dans ce cas était deux fois établie. Le sang employé n'était pas défibriné; l'hémorrhagie cessa pour ainsi dire complètement après l'opération. Peut-être n'aurait-on pas obtenu un résultat aussi immédiat avec du sang défibriné.

Réinfection syphilitique, par le Dr Venot, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jean, à Bordeaux.

L'immunité, produite par une première atteinte de la plupart des maladies contagieuses, est une vérité banale et surabondamment démontrée. Mais aller jusqu'à l'absolu, dans les termes de cette proposition, est une erreur dont un grand nombre de faits bien observés ont fait aujourd'hui complète justice. Sans parler des aventures extraordinaires, comme l'observation de Borsieri, par exemple, qui nous raconte qu'une femme mourait à cent huit ans d'une huitième atteinte de variole, nous savons tous que la scarlatine, la rougeole, la variole peuvent sévir plusieurs fois sur le même sujet.

La réinfection existe donc certainement; mais il faut ajouter que, le plus souvent, son action est modifiée, amoindrie; qu'elle présente une évolution restreinte, une ténacité sensiblement diminuée. « En général, l'organisation humaine ne subit pas successivement deux fois du même virus la même action, » a dit M. Diday, dans son *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines*, et cette vérité, qu'il énonçait en 1858, a été reprise par lui, en 1862, dans un mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, mémoire qui traite du sujet qui nous occupe, *de la réinfection syphilitique*.

Pour M. Diday, qui s'appuie sur vingt-neuf observations, dont vingt lui sont personnelles, la réinfection n'est possible, la réceptivité n'est rétablie que lorsque le sujet n'a plus actuellement la syphilis, ou du moins lorsqu'il ne présente plus d'autres symptômes que ceux qui ne se transmettent ni par génération ni par contact (symptômes tertiaires).

La seconde atteinte virulente peut se manifester de trois façons : 1° accident primitif pour seul résultat, c'est ce qu'il appelle le *chancroïde*, et c'est le fait du plus grand nombre de réinfections; 2° accidents généraux suivant le second chancre, mais accidents atténués; c'est la *véroloïde*, par analogie avec la *varioloïde*; 3° accidents généraux représentant une deuxième maladie complète, aussi intense ou plus intense que la première, c'est la *seconde vérole*.

Depuis cette époque, d'assez nombreuses observations ont été publiées; toutes, il est vrai, ne sont pas convaincantes et ne portent pas avec elles la rigueur de détails nécessaire en pareil sujet. Dans ces derniers temps, Köbner, Gascoyen, (Caspary avec trois observations), Taylor, de New-York, ont rapporté des faits irrécusables.

Je dois dire, pour ma part, que si j'ai pu rencontrer sept cas bien avérés de chancroïdes, je n'avais pas encore vu de véroloïde ni de seconde vérole.

Je viens d'être plus heureux (je demande pardon à mon client de cette expression), et je vous présente aujourd'hui, messieurs, une observation qui me paraît certaine de réinfection syphilitique, avec accidents prodromiques et secondaires atténués, c'est-à-dire la véroloïde de M. Diday.

M. X..., âgé de trente-cinq ans, tempérament sanguin, constitution solide, contracta, au commencement d'avril 1873, un chancre dur, qui fut constaté et soigné par A. Fournier. Les suites de cet accident primitif furent assez bénignes. Phénomènes légers à la peau, plaques opalines à la bouche. Le traitement mercuriel, institué dès le début, fut très-irrégulièrement suivi et dura à peine deux mois. Il y eut une seconde poussée d'accidents cutanés vers le mois de juillet.

En novembre 1873, je vis M. X..., il présentait alors : de très-faibles traces d'une syphilide papuleuse discrète ; un peu de rougeur des amygdales et du voile du palais; les ganglions cervicaux postérieurs étaient à peine sensibles; rien aux aines; cicatrice non indurée dans la rainure balano-préputiale, presque sur la ligne médiane et dorsale.

M. X... menait la vie assez vivement et montrait peu de tendance à se soumettre à un traitement sévère. Du reste, en présence de la bénignité de son affection, je me bornai à lui prescrire un gargarisme chloraté et quelques bains sulfureux. Je suis persuadé que mes exhortations à une sagesse relative furent paroles dans le désert.

Depuis cette époque, j'ai eu souvent occasion de revoir M. X... Deux ou trois légères uréthrites, quelques retours sur lui-même, qui l'amenaient vers moi pour faire constater de temps en temps son état sanitaire, m'ont permis de le suivre d'assez près; jamais il ne m'offrit rien qui décelât une rechute spécifique.

Le 5 octobre 1876, c'est-à-dire trois ans et demi après l'apparition du premier chancre induré, M. X... me montra deux ulcérations, datant de quatre jours, et siégeant dans la rainure balano-préputiale, de chaque côté de la ligne médiane. Celle de droite était très-manifestement indurée; celle de gauche

seulement parcheminée. Les ulcérations, ou plutôt les érosions, étaient rondes, offrant une surface qui aurait été couverte par une lentille ordinaire. Plusieurs coïts, groupés dans les quatre semaines précédentes, ne laissaient que l'embarras du choix pour expliquer l'introduction de la cause première. Je n'eus pas d'hésitation, et, du premier coup, je diagnostiquai deux chancres infectants. Puis, réfléchissant aux antécédents de mon client, je repris les choses avec la plus scrupuleuse attention. Il me fut impossible de revenir sur mon diagnostic. M. X... qui se croyait à tout jamais à l'abri de pareille mésaventure, doutait encore. Il fut décidé que nous suivrions son mal avec la plus grande sollicitude.

Le 14 octobre, les ganglions inguinaux, surtout à droite, deviennent parfaitement perceptibles au toucher, très-peu développés, du reste, durs et profonds. Les ulcérations ne prennent point d'allure envahissante, et le 26 octobre elles sont entièrement cicatrisées.

Le 8 novembre, nous constatons une légère céphalée continue, à exacerbations dans l'après-midi ; en même temps un peu de courbature, du malaise, des frissons le soir. Sept jours après, la poitrine et le haut du ventre se couvrent de nombreuses plaques rougeâtres: c'était une roséole de la plus franche apparence, à contenter les plus difficiles. Rien à la bouche, rien au cuir chevelu, pas de ganglions cervicaux. Cette fois, il ne nous était plus permis de douter que nous eussions eu : des chancres indurés, des accidents prodromiques et le plus clair spécimen d'accidents secondaires, tout cela naissant et se distribuant avec la plus grande ponctualité,

Songeant au peu de gravité de la plupart des réinfections, j'invitai M. X... à ne faire aucun traitement et à laisser, sans crainte, le temps seul faire justice d'accidents que je lui assurai ne devoir être que fort peu tenaces. Ces conseils suivis, les troubles généraux disparurent presque immédiatement ; la roséole dura une vingtaine de jours et s'effaça absolument vers le milieu de décembre. Depuis, j'ai revu M. X... à plusieurs reprises, et encore ces jours-ci ; il est en parfaite santé. Les indurations chancreuses ont disparu, les ganglions inguinaux sont pour ainsi dire imperceptibles, et l'examen le plus minutieux ne peut faire rien rencontrer qui rappelle une infection syphilitique récente ou ancienne. (Travail lu à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 23 mars 1876.)

De la coagulation du pus par la réfrigération de la peau dans les abcès superficiels.

M. le Dr Obissier, de Bordeaux, raconte dans *Bordeaux médical*, qu'il voulait vider, au moyen d'un aspirateur, un abcès de la région fessière. Ayant voulu insensibiliser la peau par l'éther au moyen de l'appareil de Richardson, il ne put rien obtenir par l'aspirateur, et renonçant à l'opération, il s'aperçut qu'il existait dans la canule un cylindre de matière ayant la consistance de la graisse et long de cinq à six centimètres. Je compris alors, dit M. Obissier, ce qui s'était produit. Le pus était coagulé par le froid. En effet, avant de retirer la canule, j'avais voulu lui imprimer quelques mouvements de circumduction et j'avais eu la sensation que procure une tige métallique qu'on promène dans la graisse.

Deux heures après, je pus retirer deux cents grammes d'un pus très-épais, mais bien lié, et sans qu'aucun grumeau soit venu entraver cette petite opération.

Nous n'hésitons pas à penser, comme nous l'avons dit plus haut, que le pus avait été coagulé par le refroidissement. Nous ferons remarquer que la deuxième ponction a été faite exactement, sauf les pulvérisations d'éther, dans les mêmes conditions. Du reste, voulant savoir si la congélation du pus par les pulvérisations d'éther était possible, nous en avons rempli une fiole de soixante grammes et nous avons pu le voir se solidifier rapidement sous l'influence du froid produit par l'appareil de Richardson. Il est très-probable que, dans quelques circonstances, des ponctions de pleurésie purulente sont restées infructueuses à cause de la pulvérisation d'éther.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale, par Sir James Paget, traduites de l'anglais par le Dr L.-H. Petit et précédé d'une introduction de M. le professeur Verneuil. 1 vol. in-8; librairie Germer-Baillière, 8, place de l'Odéon. Paris, 1877. Prix : 10 fr.

Ce n'est pas un ouvrage classique que nous présentons à nos lecteurs, mais une série de leçons sur les sujets les plus variés de la chirurgie. Les leçons de clinique chirurgicale de M. Paget seront lues avec profit par les chirurgiens, qui y trouveront comme un complément, une sorte d'ornement de ce qu'ils auront lu et étudié dans les ouvrages classiques.

L'idée dominante dans les leçons de M. Paget est celle que poursuit M. le professeur Verneuil à Paris dans l'étude de la chirurgie. M. Verneuil à Paris, M. Paget à Londres, se convainquent de plus en plus du rôle important que les maladies constitutionnelles jouent dans l'évolution et le pronostic des affections chirurgicales; aussi étudient-ils chez les blessés non-seulement la blessure, mais aussi la constitution du blessé et du milieu qu'il occupe.

Nous dirons avec M. Verneuil que les leçons de clinique de M. Paget sont certainement l'une des œuvres les plus originales et les plus instructives qui aient paru dans ces derniers temps; l'un des recueils où l'on trouve, pour ainsi dire, à chaque page, des faits curieux, des aperçus nouveaux et surtout les idées les plus larges et les plus profondes.

Essai de Psychologie, *la Bête et l'Homme*, par le Dr Edouard Fournié, médecin à l'Institution nationale des Sourds-Muets. 1 vol. in-8, chez Didier et Cie, quai des Augustins. Paris, 1877. — Prix : 7 fr. 50.

Nous recommandons la lecture de ce livre aux penseurs, aux philosophes et aux physiologistes. M. Fournié, dit M. Béclard, en présentant ce volume à l'Académie de médecine, déjà connu par la publication de plusieurs ouvrages qui ont été remarqués, livre aujourd'hui au public sous le titre d'*Essai de psychologie* la première partie d'un travail plus étendu qui aura pour titre : *Philosophie des sciences.*

Frappé du manque de précision des expressions en usage en psychologie, l'auteur cherche tout d'abord à ramener chacune d'elles à son phénomène physiologique correspondant, et le livre débute par un vocabulaire dans lequel il s'efforce de fixer le sens précis des termes dont il fera usage.

La doctrine philosophique de l'auteur est celle de l'animisme, et de l'animisme le plus pur. Pour lui, le corps humain est un composé de matière animée par un principe de vie. La cellule vivante, dit M. Fournié, est un composé de matière et de vie. Qu'on fabrique devant nous, dit-il, une cellule vivante, une seule, et nous rendons les armes. Ce principe de vie est *un*, et il préside à tout. Toute molécule vivante est animée, les organes sont des agrégats matériels dont les propriétés dérivent de la matière d'une part et du principe de vie d'autre part. Ce principe de vie, c'est ou l'âme pensante volontaire et consciente, ou l'âme formatrice, ou l'âme reproductrice, suivant les organes qu'elle anime.

D'après M. Fournié, les psychologistes ont trop souvent étudié l'âme dans un corps imaginaire, au lieu de l'étudier dans le

corps réel. Le malentendu qui existe depuis longtemps entre les psychologistes et les physiologistes provient surtout de ce que les uns et les autres n'ont pas encore trouvé le terrain sur lequel ils seront tôt ou tard amenés à s'entendre. D'après M. Fournié, ce terrain c'est celui du langage, du langage envisagé dans son mécanisme fonctionnel et dans ses attributs psychologiques.

Si la physiologie des nerfs et de la moelle est très-avancée, on n'en saurait dire autant de la physiologie du cerveau. Tandis qu'aux impressions sensibles recueillies par la moelle et par ses prolongements encéphaliques succède le mouvement comme la réponse inconsciente et fatale de l'excitation périphérique, dans le cerveau l'action psychique n'est pas nécessairement la réponse de l'impression actuelle, car elle peut dériver de l'impression-souvenir. Or, et c'est sur ce point que porte particulièrement l'effort de M. Fournié, l'exercice de la pensée exigerait, comme condition nécessaire, l'intervention des signes du langage tacitement répétés.

Dans l'enfance, dit M. Fournié, la volonté est absente. L'enfant a des besoins, mais il ne *veut* pas encore. On ne peut vouloir que quand on possède la conscience raisonnée de son activité, et la volonté n'est que la conséquence d'un raisonnement tacite exécuté à l'aide des signes du langage.

Telle est la partie fondamentale de l'œuvre de M. Fournié ; aussi, s'il reconnaît que le domaine des psychologistes comprend l'ensemble des manifestations de l'activité psychique, il réclame pour les physiologistes l'étude du mécanisme merveilleux qui donne naissance ou qui sert d'occasion à ces manifestations.

L'ouvrage de M. Fournié arrive à propos ; il sera lu par des spiritualistes et par des matérialistes qui y trouveront tous une exposition parfaite et, par dessus tout, de la conviction, de la franchise et de la loyauté. Si M. Fournié se trompe, on peut dire qu'il se trompe loyalement et qu'il ne cherche pas à induire en erreur.

Notre savant confrère mérite les plus grands encouragements. Par ses propres forces, par son seul mérite, M. Fournié ne s'est pas seulement placé au premier rang parmi les médecins éminents qui traitent avec succès les affections du larynx, mais encore il s'est fait une place honorable parmi les physiologistes et les philosophes. Passant dans son cabinet de travail les quelques loisirs que lui laisse une clientèle étendue, M. Fournié a donné au monde scientifique, depuis une dizaine d'années, plusieurs ouvrages importants : 1° un volume in-8° de plus de 800 pages, sur la *Physiologie de la voix et de la parole*, ouvrage couronné par

l'Institut; 2° un autre volume de plus de 800 pages sur la *Physiologie du système nerveux*; 3° un ouvrage sur la *Physiologie et l'instruction des sourds-muets*, etc. FORT.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Organisation de la nouvelle Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.* — Un décret du 24 avril 1877 institue 25 chaires et 2 cours cliniques complémentaires et fixe à 22 le nombre des agrégés. Divers décrets ou arrêtés, en date du même jour, nomment les professeurs titulaires, chargés de cours, agrégés, etc.

Anatomie descriptive : professeur, M. Paulet, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, Paris.

Anatomie générale et histologie : professeur, M. Renaut, directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital de la Charité de Paris.

Anatomie pathologique : chargé du cours, M. Pierret.

Physiologie : chargé du cours, M. Picard.

Médecine expérimentale et comparée : professeur, M. Chauveau, directeur de l'École vétérinaire de Lyon.

Chimie médicale et pharmaceutique : professeur, M. Glénard, professeur de chimie à l'ancienne École de médecine de Lyon.

Physique médicale : professeur, M. Monoyer, agrégé à la Faculté de Nancy.

Histoire naturelle : professeur, M. Lortet, professeur à l'ancienne École de médecine de Lyon.

Pharmacie : chargé du cours, M. Crolas, professeur adjoint à l'ancienne École de médecine de Lyon.

Pathologie interne : chargé du cours, M. Boudet, professeur suppléant à l'ancienne École, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Pathologie externe : chargé du cours, M. Berne, professeur titulaire à l'ancienne École, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité de Lyon.

Pathologie et thérapeutique générales : chargé du cours, M. Mayet, chef de service à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Hygiène : professeur, M. Rollet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Thérapeutique : chargé du cours, M. Soulier, médecin de l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon.

Matière médicale : professeur, M. Cauvet, pharmacien principal de l'armée, ancien professeur à la Faculté de Nancy.

Médecine légale et toxicologie : professeur, M. Gromier, professeur titulaire à l'ancienne Ecole de médecine de Lyon.

Médecine opératoire : chargé du cours, M. Léon Tripier, professeur d'anatomie à l'École des Beaux Arts, à Lyon.

Clinique médicale (2 chaires) : professeurs, MM. Teissier, professeur titulaire à l'ancienne École de médecine de Lyon, et Lépine, médecin des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Clinique chirurgicale (2 chaires) : professeurs, MM. Ollier, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Lyon, et Desgranges, professeur adjoint à l'ancienne École de médecine de Lyon.

Clinique obstétricale: professeur, M. Bouchacourt, professeur titulaire à l'ancienne École de médecine de Lyon.

Clinique ophthalmologique : professeur, M. Gayet, professeur suppléant à l'ancienne École de médecine de Lyon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : professeur, M. Gailleton, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Clinique des maladies mentales : chargé du cours, M. Arthaud, directeur de l'asile des aliénés de Brou.

Cours clinique complémentaire (maladies des femmes): chargé du cours, M. Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Cours clinique complémentaire (maladies des enfants) : chargé du cours, M. Perroud, chef de service à la Charité de Lyon.

Doyen pour trois ans, M. Lortet.

Chargés des fonctions d'agrégés : MM. Lucien Meynet, Raymond Tripier et Clément pour la médecine ; Français, pour la médecine légale ; Bergeon, pour la thérapeutique ; Carrier et Colrat, pour les maladies mentales ; Delore, Dron, Daniel Mollière, Fochier, Aubert, Marduel, pour la chirurgie ; Charpy, pour l'anatomie et la physiologie ; Duchamp, pour l'histoire naturelle et la pharmacie.

MM. Delon, Dron, Fochier et Raymond Tripier sont chargés de cours complémentaires (Delon, accouchements), (Dron, maladies mentales), (Fochier, clinique de chirurgie des enfants), (Raymond Tripier, pathologie interne).

Professeurs adjoints : M. Létiévant pour la pathologie externe et M. Rambaud pour la clinique médicale.

— *Faculté de médecine.* — M. le Dr Ball, agrégé, est nommé professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris (décret du 18 avril 1877). Le lecteur remarquera qu'il ne s'agit pas seulement de pathologie mentale, mais des maladies de l'encéphale ? ?

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera à cet hôpital un cours de clinique thérapeutique le jeudi 3 mai 1877, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— *Changement de domicile.* — Le Dr G. Lelorain, licencié ès sciences naturelles (leçons d'histoire naturelle et de matière médicale pour la préparation aux 1er de fin d'année et 3e et 4e de doctorat), a transféré son domicile, 16, rue Monge (de 4 à 6 heures).

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 26 avril 1877, on a constaté 1,048 décès dont 801 à domicile et 247 dans les hôpitaux. Parmi ces décès, on compte 68 cas de croup et d'angine couenneuse. Cette cruelle maladie continue à faire des victimes dans le corps médical. Après Regnaud, Mérandon, Cintrat, c'est Carrère, mort à 31 ans d'une angine couenneuse contractée par contagion au lit d'un enfant auquel il donnait ses soins dévoués.

— *Examens de doctorat. Modification et amélioration.* — A partir de la mi-mai, la modification suivante sera apportée au premier et au deuxième examens de doctorat. Jusqu'à ce jour, les candidats au premier examen se rendaient le matin, à 8 heures, à l'Ecole pratique, pour y faire une préparation sur le sujet. Pour le deuxième examen, les candidats pratiquaient les opérations devant leurs juges avant l'examen oral.

Dorénavant, tous les candidats de la semaine suivante seront appelés à faire leurs préparations en même temps dans l'un des pavillons de l'Ecole pratique, sous la surveillance d'un prosecteur ou d'un agrégé (M. Berger pour la première séance). Un jury spécial sera nommé pour juger les préparations. Le vendredi 11 mai, un jury composé de MM. Béclard, Farabeuf et Marc Sée, est désigné pour juger, à 1 heure, les préparations des candidats de la semaine suivante.

De même pour le deuxième examen. Un jury spécial présidera la pratique des opérations de tous les candidats de la semaine suivante réunis dans l'un des pavillons de l'Ecole pratique. Le samedi 12 mai, à 1 heure, MM. Gosselin, Le Fort et Duval jugeront les opérations du deuxième examen faites en leur présence par les candidats désignés pour la semaine suivante.

Excellente mesure qui ne plaira pas à tous les candidats, mais qui les obligera à faire un peu plus de pratique en anatomie et en opérations.

— *Hôpital du Midi.* — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses Leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 5 mai, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Chaque mercredi, à 9 heures, conférence au lit des malades, salle 8, 2e division.

— *Faculté de médecine de Paris. Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — M. le Dr Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis le vendredi 27 avril, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Visite des malades le mardi, à 8 h. 1/2.

Boîte aux Lettres.

— *M. Pow..., à J...* — Tout va bien.

— *M. Sat..., à Pau.* — Mère et fille en bon état.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 19. 10 Mai 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 9 *mai* 1877.

Académie des sciences. — M. Feltz présente un travail démontrant que la septicité du sang putréfié tient aux ferments figurés. Pour le prouver, M. Feltz laisse se putréfier, à une température de 45° à 50°, 300 volumes de sang défibriné; il y constate au microscope la présence de bactéries et bactéridies. Chez 4 lapins, il injecte dans les veines un volume de ce sang, mélangé avec 5 volumes d'eau distillée. Du troisième au septième jour, les 4 lapins succombaient au milieu des signes de la septicémie. Ensuite M. Feltz coagule une certaine quantité de ce sang toxique, en le soumettant à une température de 80° ; il triture le coagulum dans de l'eau distillée. Après cette opération, on constate dans la masse une quantité énorme de bactéries et de bactéridies. L'injection d'une certaine quantité de ce sang fait périr les lapins avec les symptômes de l'infection putride. Une portion de ce sang toxique ayant été chauffée pendant 4 heures dans des tubes en fer à la température de 160°, le liquide examiné au microscope ne présentait plus de ferments.

Considérant que, entre le sang chauffé à 80° et celui chauffé à 160°, il n'existe guère de différence notable que celle de la destruction des ferments figurés dans ce dernier, M. Feltz se croit en droit de doter les ferments figurés des propriétés toxiques du sang putréfié.

—*Académie de médecine.*—M. Henri Gueneau de Mussy lit un long mémoire sur l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux et sur l'ensemble des mesures

qu'il serait bon de prendre pour préserver les populations de la contagion. Ce mémoire qui a été écouté avec attention contient des idées un peu neuves pour nous. M. Gueneau de Mussy, qui a habité l'Angleterre pendant plus de vingt ans, avec la famille du roi Louis-Philippe nous expose ce qui se fait de l'autre côté de la Manche. Ce mémoire est un premier jalon pour sa candidature à un fauteuil académique dans la section d'hygiène.

M. Chauffard reprend la discussion sur la fièvre typhoïde étudiée au point de vue étiologique. Son discours ayant été interrompu par un comité secret, il sera continué dans la prochaine séance et analysé dans notre journal, dès qu'il sera complet. Nous en extraierons le côté pratique.

— *Société médicale des hôpitaux.*—M. Féréol répond aux critiques de M. Peter sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids et résume son opinion en disant que si les bains froids n'ont pas donné les résultats qu'il désirait, en somme ils lui ont donné, dans certains cas, des succès inespérés. Il n'en fait pas une méthode générale ; il y a des indications et des contre-indications que M. Féreol ne peut encore formuler pour le moment, mais qui sont une affaire de tact médical.

—*Société de chirurgie.*—Après la présentation de livres et d'instruments, la Société entend le rapport de M. Verneuil sur un appareil instrumental des plus ingénieux, dû à M. Minière, étudiant en médecine, ayant pour objet la guérison des pollutions nocturnes. Cet appareil consiste en un anneau métallique très-léger dans lequel la verge est introduite et qui demeure en contact avec elle sans la comprimer. Cet anneau fixé sur le pubis est mis en rapport avec un appareil électrique, de telle sorte qu'au moindre mouvement de dilatation de la verge, il détermine, par son contact avec l'appareil, la formation instantanée d'un courant, qui, à son tour, va mettre en branle une sonnerie placée près de l'oreille du malade et dont le bruit le réveille aussitôt. — Cet appareil, imaginé par M. Minière, lui a permis de guérir un malade affecté de spermatorrhée, depuis quatorze ans, spermatorrhée arrivée à un degré tel qu'il avait fallu placer près du malheureux des veilleurs chargés de le tirer de son sommeil dès qu'il se manifestait un commencement d'érection.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Kyste suppuré du rein ; quarante-sept aspirations simples ; Guérison, par M. Dieulafoy, médecin des hôpitaux.

M. le Dr Dieulafoy, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux, a publié une intéressante observation dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous en donnons ici un extrait suffisant pour que le médecin praticien puisse imiter la conduite de notre savant confrère, dans un cas analogue.

Cette observation paraîtra peut-être un peu longue, mais l'intérêt qu'elle présente, les réflexions judicieuses dont M. Dieulafoy l'accompagne, et la façon originale de la description, nous ont engagé à la faire connaître. Nous sommes persuadé que le lecteur nous en saura gré.

M. P... était atteint depuis quelques années d'une dyspnée dont l'intensité sans cesse croissante menaçait d'entraîner avant peu l'asphyxie.

Assis sur son lit, il était en proie à une violente dyspnée. Les respirations étaient précipitées et incomplètes; la température assez élevée. Le cœur était sain, et dans les poumons on n'entendait que des râles sous-crépitants de congestion pulmonaire, plus abondants à gauche qu'à droite et plus fins vers la base. Pas d'expectoration, pas de point de côté. L'abdomen était volumineux, déformé au profit du côté droit, mais sans trace de circulation complémentaire.

Par la palpation, on avait la sensation de rénitence, qui est propre aux tumeurs très-distendues par un liquide. La matité commençait, en avant, dès le quatrième espace intercostal, et en arrière au-dessous de l'épine de l'omoplate du côté droit : elle s'étendait de là sans interruption dans les régions lombaire et hépatique, descendant jusque dans la fosse iliaque droite et empiétant de 10 centimètres sur le côté gauche de la ligne blanche.

Il était évident pour nous que la tumeur s'était primitivement développée dans l'abdomen et qu'elle s'était accrue en différentes directions, soulevant le foie et le diaphragme, comprimant le poumon droit, refoulant le médiastin, et provoquant cette dyspnée dont la marche envahissante demandait une intervention immédiate.

M. P... est goutteux et calculeux. Il avait été seigné, en 1826, par Dupuytren pour un catarrhe vésical, et opéré de la pierre, en 1836, par Sanson. Depuis cette époque, il ne se passe pas de semaine qu'il ne rende en urinant, sans coliques néphrétiques et sans douleurs vésicales, des graviers nombreux et assez volumineux, si bien que M. P... compte par boisseaux les calculs qu'il a rendus depuis quarante ans.

Dans le courant de l'année 1872, il éprouva dans le ventre une sensation de gêne et de pesanteur, et il s'aperçut en même temps que l'abdomen prenait de fortes proportions. Il mit cela sur le compte de l'embonpoint. Mais ces symptômes augmentèrent graduellement, puis, au mois de février 1873, l'appétit diminua, cessa complétement, la fièvre et l'oppression apparurent, et en quelques jours la dyspnée fit de si rapides progrès que le 18 mars le malade était dans l'état fort alarmant que je viens de raconter.

L'idée d'une tumeur hépatique fut écartée. Il était, en effet, plus rationnel d'admettre que chez ce malade si calculeux une hydronéphrose s'était formée dans le rein droit, que cette hydronéphrose avait mis un an, deux ans et plus longtemps peut-être à se développer, et qu'après cette période presque latente ou révélée par quelques sensations de pesanteur et par le développement du ventre, une nouvelle période était survenue, caractérisée par des symptômes de fièvre et de dyspnée et coïncidant, suivant toute apparence, avec la suppuration du kyste rénal. Telle est l'hypothèse qui nous parut la plus vraisemblable, tel fut le diagnostic qui fut posé par M. le Dr Dufraigne et par moi.

L'évacuation du liquide fut décidée et pratiquée séance tenante. La ponction fut faite avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur de Dieulafoy, sur le point de la tumeur le plus saillant, à 5 centimètres à droite de l'ombilic, et je rencontrai le liquide à 3 centimètres de profondeur. Ce liquide était louche, sans odeur, et en voie de purulence. Il ne contenait ni fausses membranes, ni petits graviers, car l'aiguille n° 2, de 1 millimètre de diamètre, ne fut pas une seule fois oblitérée. En quarante minutes nous retirâmes 4 litres 1/2 de liquide. Nous aurions pu continuer encore l'aspiration, car la poche en renfermait certainement 6 ou 7 litres; mais notre but était atteint: la dyspnée s'était notablement amendée, et il nous parut préférable d'arrêter l'écoulement. Je crois, en effet, qu'il est plus prudent de ne pas vider d'un seul coup les vastes épanchements, non-seulement quand ils sont thoraciques, mais aussi même qu'ils sont abdominaux. Quand ils sont thoraciques, je considère comme dangereuse leur complète et brusque évacuation; les accidents de congestion pulmonaire et d'expectoration albumineuse observés à la suite de la thoracocentèse surviennent presque toujours parce qu'on a vidé l'épanchement

ou trop rapidement avec une aiguille trop grosse, ou trop complétement en épuisant un liquide très-abondant. Dans les deux cas, le poumon *se trouve brusquement privé* d'un liquide qui le comprimait, le sang se précipite dans ses vaisseaux, l'air dans ses alvéoles, et des accidents quelquefois fort graves en sont la conséquence. En faisant usage de l'aiguille n° 2, et en vidant en deux ou trois séances les plus grands épanchements pleuraux, j'affirme n'avoir jamais observé le plus léger accident. Bien que les inconvénients soient moindres quand il s'agit d'épanchements abdominaux, j'agis néanmoins de même, et il fut ainsi procédé dans le cas actuel.

Après l'issue de ces 4 litres 1/2 de liquide, le malade se sentit très-soulagé. Il respirait sans difficulté, la matité thoracique avait fait place à une demi-sonorité diffuse. Pendant quelques jours cette amélioration persista; mais à mesure que le liquide se reformait la dyspnée s'accusait davantage, et le 28 mars je dus pratiquer une nouvelle ponction. Elle fut faite à quelques centimètres en dehors de la première, car la tumeur avait déjà subi un retrait, et elle donna issue à 3 litres de liquide purulent. Comme la première fois, et mieux encore, cette nouvelle opération fut suivie de soulagement; mais il était certain que le liquide purulent allait se former de nouveau, et il fallait prendre une décision en vue d'un traitement définitif.

Trois procédés se présentaient à nous : 1° établir des adhérences entre les parois de l'abdomen et la tumeur et pratiquer ensuite une large ouverture; 2° laisser un trocart à demeure dans la cavité et pratiquer tous les jours des lavages appropriés jusqu'au retrait graduel et complet de la cavité ; 3° continuer les aspirations simples, souvent répétées, sans injections, sans lavages, et retirer le liquide à mesure qu'il se formerait.

Le procédé des *larges ouvertures*, avec adhérences préalables quand il s'agit de tumeurs abdominales, ou sans adhérences quand il s'agit du thorax (empyème), est un procédé que je redoute et auquel je n'ai recours que faute de mieux et en dernier ressort. Il ne manque pas, je le sais, de kystes du foie opérés et guéris par les larges ouvertures, de pleurésies purulentes opérées et guéries par l'incision de l'empyème. Mais, par contre, que de gens dont les pleurésies purulentes n'étaient nullement tuberculeuses et qui ont succombé ayant subi l'opération de l'empyème ! que de malades atteints de kystes du foie et de tumeurs abdominales qui auraient encore vécu quelque temps avec leur mal et chez lesquels se sont développés les terribles accidents qui succèdent parfois aux larges ouvertures ! Ce que j'en dis n'est que le résultat de l'observation, et ce n'est pas une attaque contre une opération défendue avec autorité par des maîtres ; cette opération est quel-

quefois nécessaire, j'en conviens, mais plus que toute autre elle est redoutable et expose le malade aux mauvaises chances qui résultent de la communication d'un vaste clapier avec l'air extérieur. Dans le cas qui nous occupe, ce procédé ne fut même pas discuté.

Le second procédé présentait de réels avantages. Il consiste à introduire et à laisser à demeure un trocart approprié comme forme et comme dimensions à la cavité morbide. On fait tous les jours, et deux fois par jour si c'est nécessaire, le lavage de la cavité; grâce aux aspirateurs-injecteurs, on connaît à 1 gramme près la quantité de liquide retirée ou introduite ; on procède lentement, à couvert, et les organes environnants, primitivement refoulés par l'épanchement, reprennent peu à peu leur situation primitive.

Ce procédé nous paraissait parfaitement applicable au cas actuel; mais si, comme nous le pensions ; nous avions affaire à un kyste suppuré du rein, en quel point fallait-il introduire et fixer le trocart? Ce n'était pas à la région abdominale, puisque la tumeur se retirait après chaque ponction. Ce n'était pas à la région lombaire, car d'après sa marche envahissante la tumeur s'était portée non pas en arrière, mais à droite et en avant. Il était donc naturel de choisir une région intermédiaire, par exemple la partie latérale et inférieure de l'hypochondre; et, afin de mieux étudier le retrait graduel de la tumeur et le lieu d'élection du trocart, il fut convenu qu'on pratiquerait encore quelques aspirations simples.

A cet effet, M. P..., qui se trouvait soulagé par les deux premières ponctions, vint à Paris, et le 28 mars, dès son arrivée, je retirai 3 litres de liquide. Pendant sept jours le malade est sans fièvre, sans douleurs, et l'appétit perdu depuis deux mois commence à reparaître.

Le 3 avril, quelques frissons et une augmentation de la tumeur indiquent la formation du liquide. Je retire 2,200 grammes. L'amélioration est persistante; M. P... se lève, retrouve le sommeil et sa gaieté. La tumeur, qui primitivement descendait au-dessous de l'ombilic, dépasse à peine les fausses côtes, et ce retrait de tumeur m'oblige à changer chaque fois le lieu des ponctions, que je porte graduellement plus en haut et en dehors.

Le moment me paraît alors favorable pour poser le trocart à demeure, mais le malade s'y refuse absolument: il se trouve si bien qu'il n'a plus qu'une idée, c'est de rentrer à Meaux et de venir à Paris aussi souvent que ce sera nécessaire faire vider sa tumeur. Il part, en effet, le 11 avril, après une ponction qui donne issue à 1 litre de liquide franchement purulent.

Les semaines suivantes, il fait de fréquents voyages à Paris, et

je retire successivement : le 22 avril, 950 grammes; le 28, 1650 grammes ; le 2 mai, 750 grammes ; le 12, 1200 grammes ; le 17, 1350 grammes ; le 21, 1500 grammes ; le 26, 1000 grammes.

La santé de M. P... s'améliore tous les jours ; il fait le voyage de Meaux à Paris sans aucune fatigue ; il vient à pied de la gare de Strasbourg au Palais-Royal, et le pus se reforme sans déterminer de fièvre, sans altérer en rien l'état général du malade ; si bien que nous décidons, dans une consultation avec MM. Tardieu et Dufraigne, qu'il n'y a pas lieu de modifier le traitement.

1er juin, 950 grammes ; le 6, 1200 grammes ; le 14, 1100 grammes ; le 27, 1000 grammes.

Du 4 juillet à la fin de décembre, c'est-à-dire en six mois, je pratique quinze ponctions et je retire 17 litres de pus, ce qui donne en moyenne une ponction par treize jours et 1150 grammes de pus par ponction.

M. P... a repris ses occupations et se croirait complètement guéri s'il n'était obligé de faire vider par moments sa collection purulente. A partir du 1er janvier 1874, je ne fais plus qu'une ponction par mois, et je retire en cinq mois 6 litres de liquide purulent.

A dater du mois de juin, j'éloigne encore la date des ponctions, que je ne fais que toutes les cinq semaines, et chaque fois le liquide est moins abondant.

Dans le courant de 1875, je ne fais que cinq ponctions ; à chaque aspiration le liquide va diminuant et tombe de 600 à 400 grammes. Dès ce moment, la tumeur n'est plus perceptible ni au toucher, ni à la percussion, j'introduis l'aiguille aspiratrice un peu au hasard, et toujours à quelques millimètres en arrière des ponctions précédentes, de façon à me rapprocher sans cesse de la région du rein. L'aiguille ne rencontre le liquide qu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur.

En 1876 je ne fais que deux ponctions, et six mois après la dernière je fais de nouvelles tentatives et je ne trouve plus de liquide ; le kyste purulent est tari. La santé de M. P..., qui a toujours été s'améliorant depuis trois ans, est aujourd'hui des plus florissantes, mais il n'a pas perdu l'habitude de rendre de nombreux graviers, qui passent du reste sans la moindre douleur.

En résumé, cet énorme kyste suppuré du rein contenant environ 8 litres d'un liquide purulent qui se reproduisait sans cesse, a été tari par quarante-sept aspirations simples sans injections ni lavages consécutifs. Ces ponctions ne méritent pas même le nom d'opérations, car elles sont faites avec la fine aiguille n° 2 et ne sont pas plus doulou-

Il y a une quinzaine d'années, dans l'hôpital Necker, se trouvait une jeune fille hystérique atteinte de paraplégie nerveuse. M. Guillot, chef de service, pensant n'avoir affaire, dans ce cas, qu'à une paralysie par défaut d'influx nerveux, sans lésion de la substance de la moelle, imagina de la guérir par la seule influence morale. Il lui annonça que pour sa guérison il fallait lui cautériser avec le fer rouge, toute la peau du dos, le long de la colonne vertébrale. Ayant fait allumer un fourneau devant le lit et mis les cautères au feu, il les lui montra à mesure qu'ils devenaient incandescents. Il espérait ainsi frapper de terreur l'esprit de la malade. Il les lui montra enfin lorsqu'ils furent rougis à blanc, et l'ayant fait asseoir sur une chaise, il lui annonça que le moment de la cautérisation était venu. Saisissant alors un cautère froid, il le lui appliqua à diverses reprises le long du dos. Chaque contact produisit une vive douleur avec sensation de brûlure, et la malade faisant un violent effort pour se soustraire à la souffrance, se leva peu à peu et se mit à marcher. Elle était guérie. La frayeur lui avait rendu le mouvement des jambes anéanti depuis plusieurs mois.

L'année suivante, un cas semblable se présenta dans mon service de l'hôpital Saint-Eugénie chez une jeune fille de 13 ans, et je voulus imiter ce que j'avais vu faire à l'hôpital Necker.

Ce furent les mêmes préparatifs et la même mise en scène, dans le but d'impressionner vivement le moral de l'enfant. Mais la malade une fois assise sur la chaise et soutenue par mes élèves, le dos mis à nu, au lieu d'un cautère rougi à blanc, je pris un cautère froid, et l'ayant appliqué sur la peau, il n'en résulta aucune perversion de la sensibilité, aucune douleur, et aucun effet. L'enfant ne bougea pas. Je pris alors le cautère rouge au feu : à mesure que je faisais des mouchetures superficielles sur les gouttières vertébrales, l'enfant agita les pieds en frottant le parquet, elle se leva avec peine, fit un pas en avant et comme je continuais les cautérisations pointillées, elles se mit à fuir soutenue par mes aides et nous allâmes ainsi jusqu'au bout de la salle. La paraplégie venait de disparaître et cette guérison subite s'est maintenue. L'observation a été publiée dans mon *Traité du nervosisme*. (Extrait d'une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, par M. A. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. Cinquième édition, revue et augmentée, avec 4 planches sur acier et 97 figures intercalées dans le texte ; 1 vol. in-8 de 1335 pages. Chez M. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Paris, 1877. Prix : 19 fr.

Le *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale* est connu de tous nos lecteurs, même de ceux de l'étranger. Lorsqu'un ouvrage de cette importance est arrivé à sa cinquième édition, on peut dire qu'il a fait le tour du monde. Mais il y des nouveau-venus, il existe une nouvelle génération de travailleurs qui doivent faire connaissance avec les œuvres de leurs professeurs. A ceux-là, nous dirons en quelques mots que le livre de M. le professeur Richet est considéré, à juste raison, comme le meilleur *Traité d'anatomie chirurgicale*, de cette *anatomie des régions*, qui complète l'anatomie descriptive et qui prépare l'homme de l'art à porter les instruments chirurgicaux sur les tissus vivants.

Chirurgien habile et anatomiste consommé, M. Richet joint à un talent incontestable d'exposition, le mérite d'être méthodique et de faire, pour ainsi dire, toucher du doigt l'objet de la description.

Chaque description est suivie d'un chapitre important de déductions opératoires et de déductions pathologiques qui font de cet ouvrage un Traité d'anatomie chirurgicale en même temps qu'un Traité de chirurgie.

La première partie du livre, l'*anatomie générale médico-chirurgicale* a été heureusement remaniée et mise complètement au courant de la science par le fils de M. le professeur Richet, le Dr Charles Richet, ancien interne des hôpitaux,

Nous-même, nous lisons l'ouvrage de notre maître avec plaisir et profit et nous ne saurions mieux faire que d'en recommander la lecture à la jeunesse studieuse et à tous les hommes de l'art.

Oserions-nous risquer, timidement, une critique ? Ailleurs, (Voy. *Fort*, Anatomie descriptive, 3e édition), nous avons dit que la théorie de M. Richet sur les mouvements du liquide céphalo-rachidien isochrone aux mouvements respiratoires présentait un point vulnérable et nous avons le droit d'être étonné que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui connaissait les objections que nous lui avons adressées, n'ait pas cru devoir les réfuter.

M. Richet admet qu'il existe un mouvement d'ascension et de descente du liquide céphalo-rachidien du rzchis au crâne et du crâne au rachis. Pendant l'inspiration, les sinus veineux du crâne se vident en partie (le sang veineux se précipitant vers le cœur pendant l'opération) et le vide se trouve rempli par le liquide du rachis qui remonte.

Le vide qui se produit à ce moment dans le rachis est rempli par du sang veineux qui gonfle les sinus intra-rachidiens, de sorte que le même mouvement d'inspiration aurait pour conséquence étrange d'accélérer le cours du sang dans les veines du crâne et de le retarder dans celles du rachis. Si nous comprenons bien le mécanisme du phénomène de la respiration et son influence sur la circulation, il nous semble que l'aspiration du thorax doit hâter le cours du sang du sinus veineux du crâne en même temps que ceux du rachis qui se jettent en grande partie dans les veines azygos, veines situées dans le thorax et merveilleusement disposées pour subir l'effet de la dilatation du thorax.

Par contre, pendant l'expiration, le liquide descendant du crâne vers le rachis par suite de la réplétion du sinus crânien, prendrait la place du sang des veines intra-rachidiennes qui se videraient en partie pendant l'expiration. Le reflux du sang dans les sinus rachidiens serait causé, pour M. Richet, par une compression des veines par les viscères refoulés au moment de l'abaissement du diaphragme. Ces muscles s'élevant pendant l'expiration, les veines cesseraient d'être comprimées et les sinus rachidiens se videraient en partie.

Nous le disons avec tout le respect que nous inspire le talent de notre maître, cette théorie ne nous paraît pas donner du phénomène une explication satisfaisante.

D'abord, il est inadmissible que certaines veines soient pleines pendant l'inspiration et presque vides pendant l'expiration. Dans l'inspiration le sang veineux de tout le corps, et notamment celui des veines qui avoisinent le thorax offre une accélération de son cours, et les veines se vident en partie pour se gonfler pendant l'expiration.

D'un autre côté, en admettant la chose comme possible, il faudrait que les sinus veineux intra-rachidiens vinssent se jeter dans des veines abdominales ; or, c'est le contraire qui a lieu : les veines azygos reçoivent la plus grande partie du sang des veines intra-rachidiennes et elles sont situées dans le thorax, c'est-à-dire dans une région où elles subissent au plus haut degré l'influence aspiratrice du thorax.

Pour nous, le mouvement de descente et d'ascension du liquide dont parle M. Richet, n'existe que dans les cas où la cavité crâ-

[illegible] communique, accidentellement, avec l'air ou bien chez le [illegible] dont une portion de la paroi crânienne (fontanelles) est compressible. Mais les parois incompressibles du crâne de l'adulte s'opposent au mouvement dont il s'agit.

Il y a uniquement un léger mouvement d'oscillation à peine sensible dans le crâne, dont les parois sont incompressibles, très-sensibles, au contraire, dans le rachis : 1° Pendant l'inspiration, les sinus crâniens et rachidiens se vident en partie, le sang étant appelé vers le thorax ; 2° pendant l'expiration, le phénomène inverse se produit.

Dans le premier temps, le vide (peu marqué) qui se produit dans le crâne est rempli par une quantité inappréciable de liquide qui remonte du rachis ; mais le vide qui se produit dans le rachis par la dépression des sinus rachidiens et par la pénétration d'une partie du liquide du rachis dans le crâne, est rempli *par la graisse molle qui remplit les trous de conjugaison, chacun de ces trous jouant le rôle de soupapes qui se dépriment vers le rachis à chaque inspiration.*

Dans le second temps, un phénomène inverse se manifeste ; le sang veineux s'accumule dans les sinus crâniens et rachidiens, la cavité céphalo-rachidienne est trop pleine et les soupapes des trous de conjugaison sont légèrement repoussées en dehors de ces trous par le trop plein du rachis (il y a une soixantaine de soupapes ainsi disposées sur les parties latérales du rachis).

Cette théorie nous parait simple, elle est parfaitement d'accord avec les données de la physiologie et elle rend compte de tous les phénomènes pathologiques qui se rattachent au liquide céphalo-rachidien. Nous avions espéré que notre réfutation de la théorie de M. Richet avait été remarquée par notre cher maître.

Il était difficile d'expliquer ce que nous avions à dire sans entrer dans quelques détails, et, nous ne pouvions laisser échapper cette occasion d'attirer encore l'attention de M. le professeur Richet sur ce point.

Empressons-nous d'ajouter que M. Richet peut nous combattre et réduire à néant la modification que nous proposons à sa théorie, nous dirons toujours, dussions-nous nous répéter, que son ouvrage est, à notre avis, le meilleur *Traité d'anatomie des régions.*

FORT.

Boîte aux lettres. — *M. J...* Reçu votre envoi, merci. Je comprends vos raisons.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Enfant brûlée vive ; responsabilité de l'administration de l'assistance publique, à Paris.* — La première Chambre du tribunal de la Seine vient de condamner, sur les conclusions conformes de M. l'avocat de la République, Gaullier des Bordes, M. de Nervaux, directeur général de l'Assistance publique, à mille francs d'amende et aux dépens envers toutes les parties.

Il s'agissait dans l'espèce d'un manque de surveillance inexprimable; une jeune fillette de trois ans et demi, Florentine Chrétien, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, pour une affection qui nécessitait un traitement par les bains de vapeur, est tombée du haut des gradins de la salle, *où on l'avait laissée seule*, sur le récipient d'où s'échappaient les jets de vapeur qui devaient sinon la guérir du moins l'améliorer.

De pareils accidents sont rares heureusement, seulement en enregistrant et le jugement du tribunal et les faits qui l'ont amené, nous avons pour but d'attirer l'attention du conseil de surveillance sur un fait, isolé, il est vrai, mais qui pourrait se reproduire. *Caveant consules* !

— *Médecin et pharmacien.* — Le 29 novembre 1876, le tribunal correctionnel de Pontoise prononçait contre un docteur de Maffliers, la peine de 25 francs d'amende pour avoir distribué quelques médicaments à des malades de Viarmes.

Ce jugement était rendu à la requête d'un pharmacien de Viarmes, qui demandait *simplement* 4,000 francs de dommages-intérêts et la publication du jugement par affiches.

Depuis, cependant, le parquet s'est ému de faits qui constituent, de la part du pharmacien, de graves contraventions à la loi qui régit l'exercice de la pharmacie, et ce sévère pharmacien, si soucieux de ses droits, passe à son tour en police correctionnelle.

Il est établi à l'audience qu'il délivrait des médicaments et même des substances vénéneuses sans prescriptions de médecins, ou il omettait d'insérer au registre *ad hoc* les prescriptions en vertu desquelles il les délivrait; en outre, il rendait les ordonnances sans les revêtir de son cachet, indiquant que la livraison était faite, et en général, ne tenait pas régulièrement les notes prescrites par la loi.

Le tribunal a condamné le pharmacien à 500 francs d'amende.

— *Médecin condamné pour cause d'avortement.* — Par arrêt de la cour d'assises du Rhône, en date du 2 mars dernier, le docteur F..., médecin à G..., a été condamné à trois ans de prison pour crime d'avortement Les deux complices, la fille et la mère, ont été condamnées, l'une à deux ans, l'autre à un an.

— *Faculté de médecine de Paris. Cours complémentaire de maladies des yeux.* — M. le Dr Panas, agrégé, commencera ses leçons théoriques d'ophthalmologie le lundi 7 mai, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les leçons clinique et les opérations ont lieu à l'hôpital Lariboisière les lundi et jeudi de chaque semaine, à 9 heures du matin.

— *Hôpital du Midi.* — M. le Dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, recommencera ses conférences cliniques le dimanche 6 mai, à 9 heures.

— *Hospice de la Salpêtrière. Cours public de pathologie mentale.* — M. le Dr Luys reprendra ses leçons sur la structure du cerveau et la patholohie mentale, le dimanche 13 mai. à 9 h. 1[2 (salle de consultations de l'infirmerie générale), et les continera les dimanches suivants à la même heure.

— *Société de médecine publique du royaume de Belgique.* — Sous ce titre, il est question de fonder en Belgique une Société dont le but est ainsi indiqué dans l'article 1er du projet des statuts :

Il est institué en Belgique, sous le titre de : « Société de médecine publique du royaume », une association composée de praticiens et d'hommes en état, par leur position, de concourir au but commun qui est de déterminer : « 1° la cause de la mortalité; 2° les circonstances qui influent le plus évidemment sur la santé générale. »

— La *Société de médecine légale* a procédé, dans la séance du 10 avril, à la nomination de cinq membres titulaires. Ont été élus : MM. Napias, avocat; Dr Duguet, médecin des hôpitaux; Dr de Beauvais, médecin de la prison de Mazas; Lebaigue, chimiste; Dr Lutaud.

— *Avis aux récompensés de l'Académie des sciences.* — L'Académie des sciences vient de déclarer que « nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un prix. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions, n'ont pas droit à ce titre. »

— *Mortalité à Paris.* — (1,986,718 habitants, recensement de 1876). Dans la semaine finissant le 3 mai 1877, on a constaté 985 décès, dont 752 à domicile et 233 dans les hôpitaux (angine couenneuse et croup, 51).

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 20. 17 Mai 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 16 *mai* 1877

— *Académie des sciences.* — M. Bouley lit une note relative aux caractères du charbon des animaux domestiques. On sait que MM. Paul Bert et Pasteur ne sont pas d'accord sur ce sujet. M. Paul Bert prétend que la maladie charbonneuse est due à un virus et non à la bactéridie, qu'il peut faire périr la bactéridie du sang infecté, et cela à l'aide de l'oxygène comprimé, et, inoculant ce sang, déterminer le charbon. Donc, pour lui, ce n'est pas la bactéridie qui donne lieu au charbon, comme le croient MM. Davaine, Déclat, Raimbert (de Chateaudun), ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire dans un des derniers numéros de ce journal. M. Pasteur n'admet pas non plus cette opinion ; pour lui, la bactéridie ne se développe pas seulement dans le sang, elle vit et se développe également et peut-être mieux encore dans l'urine. Qu'on ajoute une petite quantité de cette urine infectée à de l'urine saine, cette dernière devient bientôt virulente à son tour, sans que le sang ait été infecté. M. Pasteur résume son opinion en disant que la bactéridie peut se multiplier dans les liquides artificiels indéfiniment, sans perdre son action sur l'économie, et on ne peut admettre que, dans ces conditions, elle soit accompagnée d'une substance soluble ou d'un virus partageant avec elle la cause du sang de rate ou de la maladie charbonneuse proprement dite. La lecture de M. Bouley a pour but de bien caractériser la maladie, pour qu'il soit possible de mettre les faits d'observation d'accord avec les faits théoriques résultant des recherches de M. Pasteur.

—*Académie de médecine.*—M. Metzquer, qui est en opposition avec les idées de M. Villemin sur l'inoculabilité de la phthisie pulmonaire, communique un quatrième mémoire tendant à prouver que la phthisie ne se communique pas par l'ingestion de matières tuberculeuses. Voici les conclusions de son mémoire :

1° Les matières tuberculeuses ingérées déterminent, après un certain temps, des phénomènes d'irritation et de phlogose du canal intestinal, aux points où ces matières séjournent le plus longtemps; ce fait initial et constant se traduit par de la diarrhée et de l'amaigrissement;

2° On remarque des thromboses intestinales résultant de l'hyperémie et de la gêne de la circulation. Ces thromboses peuvent donner lieu à des embolies;

3° L'inflammation peut être ulcérative, et alors une voie est ouverte, et c'est la seule, à l'infection et à toutes ses conséquences;

4° La pneumonie vermineuse, que certains expérimentateurs prétendent différencier facilement du tubercule, ne peut, en un certain moment, en être distinguée, et a dû, au dire des micrographes les plus habiles, être une cause d'erreur fréquente dans la question. En aucun cas, enfin, l'ingestion d'aliments tuberculeux ne peut être considérée comme une voie d'inoculation de la phthisie.

Ces résultats sont en opposition avec ceux obtenus par M. Chauveau.

— M. Chauffard, dans son discours sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, cherche à démontrer l'inexactitude de cette assertion que la fièvre typhoïde serait engendrée par un ferment, ferment figuré ou non. Cette théorie de la fièvre typhoïde engendrée par un parasite est simple et séduisante, mais il lui manque le point principal, c'est la preuve clinique. Si cette théorie était exacte, il faudrait, et on le pourrait presque toujours, arriver à la découverte du germe primordial; sinon, il faut bien admettre que la maladie se développe par spécificité. M. Chauffard ne conteste pas la transmission contagieuse de la fièvre typhoïde, mais il n'admet pas non plus qu'il n'y ait que cette genèse. Les faits rapportés par M. Gueneau de Mussy et par M. Jaccoud confirment cette manière de voir. Quant aux émanations putrides, elles sont loin de provoquer toujours l'explosion

d'épidémies typhiques. Il en est de même pour la contagion. Ces deux causes peuvent engendrer quelquefois la fièvre typhoïde, mais ce n'est pas constant. M. Chauffard cite à ce propos ce qui s'est passé à Londres en 1858-1859, où les puanteurs de la Tamise étaient si considérables pendant la saison des fortes chaleurs : et cependant il n'y eut pas d'épidémie typhique. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas obvier aux dangers des émanations putrides. M. Chauffard ne nie pas que les émanations et la contagion ne soient des agents recteurs, mais ils ne sont pas les seuls. A côté de ces causes, il faut citer l'encombrement, les cohabitations nombreuses dans le même local, l'air confiné et altéré par les exhalations pulmonaires, auxquelles il faut ajouter les fatigues, le surmenage et une mauvaise alimentation.

Est-ce là tout? Non; il y encore des causes qui échappent. Il y a une réceptivité pathologique indéniable et dont on ne peut donner l'explication. M. Chauffard conclut en disant que si, parmi les causes, il en est qui sont connues, il en est d'autres qui sont encore un problème et qui doivent nous arracher un humble aveu d'ignorance.

—*Société de chirurgie.* — M. Verneuil continue ses communications sur l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur les traumatismes spontanés et provoqués. En Angleterre, Paget a beaucoup étudié cette question de l'influence de certains états diathésiques sur les opérations; dernièrement M. Longuet a traité cette question à propos des maladies du foie. M. Verneuil résume son opinion en disant que toutes les fois qu'avant ou pendant la grossesse il se manifeste une maladie d'un organe quelconque, il y a lieu d'ajourner toute intervention chirurgicale après l'accouchement, jusqu'à ce que l'on soit absolument sûr que tout est rentré dans l'ordre.

MM. Polaillon, Th. Anger, Guéniot et Tarnier combattent l'opinion de M. Verneuil qu'ils croient trop exclusive.

M. Polaillon a cherché à se rendre compte, pour sa part, de quelle manière se comportait la grossesse chez les femmes scrofuleuses, par exemple; chez des femmes qui avaient eu des manifestations scrofuleuses pendant leur enfance, qui portaient des cicatrices et des déformations caractéristiques, il a vu souvent la grossesse, l'accouchement et les

suites de couches ne présenter, chez elles, absolument rien de particulier.

M. Théophile Anger a eu l'occasion d'observer une femme enceinte de trois mois, qui avait des végétations extrêmement abondantes de la vulve et du vagin. Ces végétations donnaient lieu à un écoulement d'une horrible fétidité qui irritait la peau des parties voisines, et qui rendait la vie insupportable à la malade. Vaincu par les instances de cette femme qui demandait à en être débarrassée à tout prix, M. Anger lui enleva toutes ces végétations avec le bistouri, après l'avoir préalablement endormie à l'aide du chloroforme. L'opération ne dura pas moins de trois quarts d'heure; l'excision fut suivie d'une cautérisation à l'aide d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Il n'y eut pas le moindre accident à la suite de cette opération, ni fièvre, ni colique, ni menace de fausse couche, et cependant la malade avait perdu une notable quantité de sang. Un mois après, il se fit une repullulation de ces végétations et la malade demanda de nouveau à être opérée. M. Anger pratiqua cette fois l'opération avec le thermo-cautère, et, cette fois encore, la malade n'éprouva pas l'ombre d'un accident. Dans ce cas, si la grossesse peut être justement accusée d'avoir favorisé la reproduction des végétations, du moins il faut reconnaître qu'elle n'a pas eu la moindre influence fâcheuse sur le traumatisme chirurgical.

M. Guéniot ne croit pas qu'on puisse accuser l'état puerpéral d'avoir la moindre influence sur la suppuration. Toutefois il croit prudent de ne pas trop se presser d'opérer dans cette condition.

M. Tarnier a vu des femmes affectées d'albuminerie être soulagées après l'accouchement, et présenter encore de l'albumine dans les urines douze ou quinze mois après l'accouchement.

— *Société médicale des hôpitaux.* — La discussion continue sur le traitement par les bains froids. MM. Féréol et Raynaud répondent à M. Peter, et l'un et l'autre se défendent d'être les partisans quand même de cette méthode de traitement. Ils ne cherchent qu'à combattre un phénomène, celui qu'ils croient le plus grave, le plus redoutable, l'hyperthermie. Quant à l'accusation d'être les partisans d'une méthode allemande, M. Raynaud dit que la méthode est

française, qu'elle a été mise en pratique d'abord en 1839 par un médecin de Lure, et que repoussée en France dès son apparition elle fut accueillie plus favorablement de l'autre côté du Rhin, d'où elle nous est revenue sous le nom de méthode allemande. Nous n'en sommes pas à voir cela pour la première fois et nos voisins nous ont fait ainsi plus d'un emprunt.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

L'influence du climat et de la race sur la marche des lésions traumatiques et la gravité des opérations chirurgicales.

Au moment où l'on poursuit à la Société de chirurgie et dans des écrits divers l'importante question de l'influence de certains états et de certaines diathèses sur les opérations chirurgicales, il nous semble opportun d'apporter à l'appui de cette opinion, les résultats de l'expérience de M. J. Rochard, inspecteur général de la marine, qui a fait récemment une intéressante communication à l'Académie de médecine.

La géographie médicale a fait de grands progrès depuis cinquante ans, et les travaux des médecins de la marine n'y ont pas été étrangers; mais on ne s'est guère occupé que des maladies internes, et M. Rochard se propose d'appliquer le même genre de recherches à celles qui sont du ressort de la chirurgie. Voici une courte note qui ne concerne que les blessures.

Pour obtenir des résultats plus tranchés, M. Rochard les a étudiés sous les latitudes extrêmes, dans la région polaire et dans la zone torride.

Dans la région polaire, le froid seul entre en ligne de compte, et ce froid continu est très-nuisible à la marche des plaies. Les érosions, les blessures légères suintent, s'ulcèrent, se compliquent souvent d'érysipèle et d'angioleucite, et souvent le scorbut vient en augmenter la gravité. L'évolution des plaies et leur cicatrisation est très-lente. Les pertes de substance, qui succèdent aux congélations, mettent un temps fort long à se réparer. Toutefois, la guérison est la règle; les complications ne sont pas à craindre, et le tétanos, quoi qu'on en ait dit, n'est pas plus commun dans ces régions que sous les latitudes tempérées. Ce qui a accrédité l'opinion contraire, c'est l'extrême fréquence du trismus des nouveau-nés en Islande. L'auteur appuie son opinion sur des

exemples empruntés aux expéditions polaires, et notamment à celles que les Anglais viennent d'effectuer.

L'influence des climats torrides est plus complexe; il faut y tenir compte de la température, des maladies endémiques et de la race.

L'action d'une température élevée est très-favorable à la marche des blessures. Sous les tropiques, les plaies se cicatrisent plus rapidement, les opérations chirurgicales réussissent mieux qu'en Europe. Des exemples empruntés à nos expéditions du Sénégal, à celle que les Anglais ont récemment accomplie contre Ashantès et à la guerre des Hollandais contre l'empire d'Atjets en sont une preuve. Les complications qui emportent les blessés ne sont pas les mêmes. En Europe, ils meurent le plus souvent d'infection purulente ou d'accidents inflammatoires; sous la zone torride c'est le tétanos qui les enlève, ou bien les hémorrhagies. M. Rochard donne des chiffres qui établissent l'extrême fréquence du tétanos dans les régions équatoriales, surtout à la Guyane et dans l'Inde, et cite des exemples qui prouvent le danger des hémorrhagies. La fièvre traumatique y est moins intense et dure moins qu'en Europe. Les érysipèles, les phlegmons diffus, l'infection purulente y sont extrêmement rares; pourtant l'auteur en a trouvé quelques observations dans les documents qu'il a dépouillés.

L'influence des maladiès endémiques sur la marche des traumatismes avait pour M. Rochard un intérêt tout particulier, en raison des observations importantes faites dans ces derniers temps par M. Verneuil. Ses recherches lui ont donné les résultats suivants : Dans les contrées paludéennes, les lésions traumatiques ont pour résultat fréquent de faire reparaître les accès de fièvre intermittente chez les blessés qui en ont été antérieurement affectés. Chez eux, la fièvre traumatique revêt très-souvent le caractère intermittent. Ces accès entravent la cicatrisation des plaies et leur donnent un fâcheux aspect. Le chloro-anémie avec infiltration des extrémités est plus fâcheuse encore. Sous son influence, les moindres érosions aux jambes donnent lieu à des ulcères interminables, et quelques observateurs pensent que les ulcères phagédéniques des pays chauds ne reconnaissent pas d'autre cause. M. Rochard ne partage pas cette opinion. La dysentérie chronique affaiblit l'économie et ajoute ces chances de mort à celles du traumatisme. Quant aux maladies du foie, que M. Verneuil regarde comme particulièrement fatales, dans le cas où il survient une blessure, M. Rochart n'a pu trouver ni dans les écrits des médecins de nos colonies, ni dans ceux des médecins de l'Inde anglaise, aucune observation, aucune remarque

relative a cette corrélation, que M. Verneuil aura le mérite d'avoir découverte, si l'exactitude s'en vérifie.

En ce qui a trait à la race, M. Rochard a borné ses observations aux nègres de la côte d'Afrique et des Antilles, aux Chinois, aux Annamites et aux Kanaks de l'Océanie. Elles lui ont permis de vérifier un double fait signalé depuis longtemps par les médecins de la marine : la force de résistance que les races des colonies opposent aux traumatismes et le peu d'intensité de la réaction qui en résulte. En ce qui touche au premier fait, il a accumulé, pour le démontrer, les chiffres et les exemples. En ce qui concerne le second, il pense qu'on a été trop loin en niant l'existence de la fièvre traumatique chez les races colorées. Il cite des observations dans lesquelles la température axillaire a été notée avec soin, et où on a constaté 39°8, 40° et même 40°8, et cela pendant plusieurs jours.

Prescription des gouttes en thérapeutique.

Il y a goutte et goutte, comme cela a été démontré à la Société thérapeutique, le 25 mars dernier. Il peut y avoir danger à prescrire certains médicaments par gouttes sans préciser. Nous engageons les jeunes praticiens et les autres aussi de prendre bonne note de cette remarque qui ne manque pas d'intérêt.

L'eau commune, comptée avec un compte-goutte, donne 20 gouttes par centimètre cube; avec tel autre compte-goutte, elle donne 38 gouttes, Le laudanum, versé goutte à goutte d'un flacon, fournit 20 gouttes pour une même quantité donnant 75 gouttes si l'on se sert d'un petit tube de verre. Pour avoir des gouttes de 5 centigrammes, il faudrait indiquer sur l'ordonnance qu'elles doivent être comptées avec un compte-gouttes de 3 millimètres de diamètre. (Expériences de M. le D[r] Créquy.)

Lorsqu'on prescrit des gouttes, il faut tenir compte de la quantité d'alcool contenu dans le liquide; plus l'alcool augmente, plus augmente aussi le nombre des gouttes; sur trois liquides qui contiendront en outre la même quantité d'alcool, mais à des doses différentes, 90, 80, 60 degrés par exemple, l'alcool à 90 degrés donnera plus de gouttes que celui à 80 degrés, qui en donnera lui-même plus que l'alcool à 60 degrés.

Les teintures de digitale, de belladone, etc., qui sont faites avec de l'alcool à 60 degrés, donnent 40 gouttes au gramme. Les alcoolatures résineuses, la résine exigeant plus d'alcool, donnent 50 gouttes au gramme. Avec l'alcool à 90 degrés on a 70 gouttes au gramme. L'acide sulfurique donne 50 gouttes.

De tous les liquides c'est l'eau qui donne le moins de gouttes,

à cause de son adhérence au verre : elle donne 20 gouttes au gramme, tandis que le chloroforme donne 90 gouttes. (Expériences de M. Limousin.)

Voici du reste le rapport du poids à la goutte pour les principaux médicaments, extrait d'un travail de M. Lebaigue, pharmacien chimiste :

1 gramme,	Eau distillée,	donne	20	gouttes.
—	Liqueur de Pearson,	—	20	—
—	— de Fowler,	—	23	—
—	Acide sulfurique,	—	28	—
—	Laudanum,	—	38	—
—	Gouttes noires anglaises,	—	40	—
—	Huile de croton,	—	48	—
—	Chloroforme,	—	54	—
—	Eau de Rabel,	—	56	—
—	Teinture de noix vomique,	—	58	—
—	— d'aconit,	—	58	—
—	— d'arnica,	—	58	—
—	— de belladone,	—	58	—
—	— de colchique,	—	58	—
—	Alcoolature d'aconit,	—	60	—
—	Gouttes amères de Baumé,	—	60	—
—	Liqueur anodine d'Hoffmann,	—	70	—
—	Teinture éthérée de digitale,	—	96	—
—	Ether sulfurique,	—	98	—

Guérison d'un cas de rage humaine.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi inexorable, d'une maladie contre laquelle on a tout employé et qui enlève si promptement et d'une manière si terrible, les malheureux qui en sont atteints, on doit accueillir avec empressement un traitement rationnel, lorsque celui-ci a réussi, ne fût-ce qu'une fois. Voici le cas, rapporté par *l'All. med. Berlin, Centr. Zeitung*, 1876.

Evidemment un seul cas ne prouve rien, mais les connaissances que nous avons de l'action du curare lui donnent un certain cachet de vraisemblance. Nous supplions nos confrères d'expérimenter les injections de curare lorsqu'ils en trouveront l'occasion. Nous ne sommes pas enthousiaste de traitements nouveaux et nous avons été des premiers a émettre des doutes sur les prétendues vertus préservatrices

de la rage qu'on avait attribuées, l'annee dernière au xanthium spinosum. Il ne faut pas perdre de vue que le curare est un poison des plus dangereux, qui demande à être manié avec prudence et une grande circonspection.

Une enfant de 12 ans, avait été mordue, 80 jours avant, par un chien enragé. On avait d'abord essayé sans résultat des injections sous-cutanées de morphine et des inhalations de chloroforme; le Dr Polli injecta alors sous la peau, en sept fois et dans l'espace de cinq heures et demie, 20 centigrammes de curare. Le tremblement musculaire diminua bientôt, puis les spasmes devinrent plus rares, l'hydrophobie et la photophobie se dissipèrent, et l'anxiété fit place au calme et à la sérénité. Enfin apparurent des phénomènes de paralysie qui devinrent plus prononcés dans la suite. Les symptômes de la rage s'étant reproduits, quoique à un moindre degré, deux jours après l'injection sous-cutanée de curare, une nouvelle dose de 3 centigrammes les fit cesser complétement.

La malade ne se rétablit que peu à peu, et deux mois après, elle se sentait encore très-abattue, elle ne mouvait les bras et les jambes que lentement et sans énergie, et elle assurait éprouver encore un peu d'hydrophobie et de faiblesse de la vue. Il y eut, à l'endroit de l'injection, quelque inflammation avec un peu d'infiltration, mais aucune suppuration.

Traitement de l'asthme, par M. le Dr Duclos, de Tours.

M. Duclos, de Tours, pense que chez presque tous les asthmatiques, il y a diathèse herpétique, reconnaissable, soit à des éruptions anciennes disparues, soit à la suppression de quelque exutoire auquel le malade était accoutumé, et que l'asthme est la métastase de l'influence herpétique sur les bronches: la *psore bronchique*.

Partant de cette théorie, l'auteur applique le traitement prophylactique de la diathèse herpétique à la prophylaxie de l'asthme; il emploie les révulsifs, les arsenicaux, les sulfureux.

Les moyens *révulsifs* journellement employés, vésicatoires ou cautères à entretenir au bras, flanelle à la peau, semblent à notre confrère des moyens curatifs insuffisants, ou plutôt de fort bons palliatifs.

Les *arsenicaux*, — des moyens dangereux qu'on ne doit employer que rarement et dans les cas absolument rebelles.

Les *sulfureux*: — après avoir constaté l'inefficacité des eaux sulfureuses en bains et en boissons, M. Duclos conseille d'employer

la fleur de soufre sublimée et lavée, à la dose maxima, 1 gramme; minima, 0,50 centigrammes; la dose 0,50 centigrammes étant maxima pour les enfants. Prendre la dose chaque jour, pendant vingt jours, et reposer dix jours, pour recommencer ainsi pendant plusieurs années, jusqu'à la guérison radicale de l'asthme.

Les malades sont, dit la *Revue médicale*, radicalement guéris lorsqu'ils ont pu avoir pendant l'hiver une bronchite aiguë simple qui n'a présenté aucun symptôme de l'asthme. Tous les cas, dit-il, où j'ai employé le soufre ont été modifiés, quelques-uns radicalement guéris.

On administre la poudre dans une cuillerée de confiture, le matin, à jeun, ou au moment du déjeuner; il est bien reçu par l'estomac, ne produit ni vomissement, ni diarrhée, ni constipations. Dans les cas fort rares où le soufre exerce une petite action purgative, une faible quantité d'opium met bientôt fin à ce mauvais effet.

Le soufre doit être employé même pendant les accès d'asthme, non que ce moyen puisse enrayer l'accès, ce que l'auteur n'ose affirmer, malgré une observation à lui communiquée par M. le Dr Prevault, de Loches; il engage à employer contre l'accès les moyens ordinaires; il préconise surtout les narcotiques.

Rupture de la Rate; Guérison.

Dans le numéro du 8 décembre 1875, nous avons rapporté un cas de rupture spontanée de la rate suivie de mort, et nous avons indiqué un traitement prophylactique consistant à éviter autant que possible les causes qui peuvent favoriser la rupture de cet organe.

On cite des cas de guérison, disions-nous, mais il s'agissait de ruptures superficielles et il est bien évident que des désordres pareils à ceux que l'autopsie nous a révélés resteront toujours au-dessus des ressources de l'art.

Or, voici une observation de rupture spontanée de la rate qui s'est terminée par la guérison. Ce fait est publié par le Dr Kernig, de Saint-Pétersbourg, dans le No 4 du *Berl. Klin. Wochenschrift.*

Un jeune médecin de 33 ans fut pris, pendant la convalescence d'un typhus exanthématique, de quatre accès de fièvre de courte durée. La rate a considérablement augmenté de volume. Le lendemain du quatrième accès de fièvre, le malade eut des vomissements à la suite d'un écart de régime, lorsque soudain se montrèrent les symptômes d'une rupture de la rate avec hémorrhagie interne : *douleurs violentes* dans la profondeur de l'épigastre, extension de la *matité* correspondant à la rate, *col-*

lapsus profond. L'épanchement de sang, appréciable par les moyens physiques, alla en augmentant dans les heures qui suivirent; le collapsus devint de plus en plus profond, la température descendit à 35°,4, il y avait de la *cyanose* avec anurie.

On fit des *applications de glace sur le ventre* du malado. Celui-ci prenait en outre 0,06 d'*opium* toutes les heures ; enfin, l'on fit des injections sous-cutanées de *camphre*, et on administra du *vin de Bordeaux* en lavement.

Le lendemain, au grand étonnement du médecin, il n'y eut pas le moindre symptôme de péritonite; l'épanchement de sang se résorba peu à peu, en même temps que l'état général du patient redevenait normal.

Moyen de calmer la strangurie dans la cystite.

Le Dr Semple a obtenu des succès avec la solution de sulfate d'atropine.

La solution dont on prend 40 à 60 gouttes, contient 6 centigrammes de sulfate d'atropine pour huit onces d'eau. On l'additionne d'une quantité suffisante d'acide phénique pour prévenir la formation de matières organiques et le dépôt de l'alcaloïde. Cette dose est mise dans 15 grammes d'eau et administrée deux fois en 24 heures. Immédiatement la strangurie disparaît, la miction devient facile, le mucus et le sang sont moins abondants dans l'urine et l'inflammation de la vessie s'amende.

Si l'on a recours à ce nouveau moyen, recommandé dans le n° de juin 1876 du journal *Virginia med. Monthly*, il faut le faire avec une grande circonspection, vu la possibilité d'accidents d'empoisonnement par de très-petites doses d'atropine. Nous n'avons aucune raison de douter de la bonne foi de l'auteur de cet article, néanmoins, la prudence exige que l'on conseille, dans des cas semblables, de procéder en tâtonnant et de commencer par des doses infiniment faibles.

DIVERS

— *Traitement des douleurs ostéocopes.* — M. Peter emploie le calomel à dose fractionnée : 1 centigramme par jour divisé en 10 paquets à prendre à intervalles égaux dans le courant de la journée. Chez un malade ayant été atteint de syphilis quelques années auparavant et souffrant de douleurs ostéocopes depuis trois

ou quatre mois, les douleurs diminuèrent dès le second jour du traitement. Trois ou quatre jours après, elles avaient presque disparu.

— *Effets de l'aconitine.* — M. Bochefontaine a fait une série d'expériences consistant à injecter de l'aconitine de Duquesnel sous la peau de chiens de différents âges, qui montrent que cette substance injectée chez de jeunes chiens ne donne pas lieu aux mêmes accidents que chez des chiens de moyenne taille. En effet, alors que un dixième de milligramme de cette aconitine suffit pour tuer un chien de forte taille, deux milligrammes de la même substance ont pu être injectés chez de petits chiens sans provoquer d'accidents mortels.

Il faut prendre bonne note de cette communication faite dans le courant de mars à la *Société de Biologie.* Voilà un petit chien qui supporte un poison qui foudroie un chien de forte taille. Combien doit-on apporter de circonspection dans l'application à l'homme des phénomènes observés chez le chien !

— *Emploi de l'iodoforme dans les affections des organes génitaux.* — M. Lombe Atthill (de Dublin) rapporte qu'il a employé l'iodoforme avec succès dans les cas de vaginisme, de dysménorrhée, de tumeurs fibreuses s'accompagnant de douleurs. L'iodoforme n'est pas absorbé par la muqueuse vaginale, mais il l'est par la muqueuse rectale ; il l'emploie donc sous forme de suppositoires, à la dose de 20 à 30 centigrammes. (*The Obstetrical Journal,* mars 1877, p. 766.)

— *Des usages de la pepsine en médecine et des préparations de cette substance.* — Toutes les affections qui ont pour cause une digestion imparfaite peuvent s'améliorer par l'emploi de la pepsine : telles sont la chlorose, l'épuisement consécutif au typhus, à la rougeole et autres affections débilitantes ; la pepsine facilite la nutrition et en même temps active directement la restauration du pouvoir digestif naturel.

La dyspepsie consécutive à l'usage continu des condiments irritants, poivre, moutarde, vinaigre, ou à l'abus de l'alcool, est due à un affaiblissement du pouvoir digestif qui ne répond plus à l'action des stimulants. Dans les cas, très-nombreux d'ailleurs, où la diarrhée des enfants est due à une digestion imparfaite de l'estomac, rien ne convient mieux, comme dans les cas précédents, que l'usage de la pepsine.

Le cancer et l'ulcère simple de l'estomac constituent des contre-indications à l'emploi de ce médicament, dont l'action sur la muqueuse gastrique pourrait accélérer le processus ulcératif. M. Liebreich pense que les préparations alcooliques n'ont que peu de valeur, parce que, à la longue, elles subissent des modifications qui ont pour résultat la disparition de la pepsine

par fermentation. Il pense, d'après une expérience prolongée, que la pepsine se conserve parfaitement dans la glycérine, parce que celle-ci s'oppose à la fermentation de la première, et recommande très-chaudement cette préparation. (*The Practitioner*, mars 1877, p. 161.)

— *Pharyngite chronique, emploi d'une solution phéniquée en pulvérisation.* — M. le docteur Piné, sachant combien le catarrhe chronique du pharynx est rebelle aux diverses médications dirigées contre lui, cite deux cas qui, en dernier ressort, ont été guéris par des douches de liquide phéniqué introduites sous forme pulvérulente.

La première observation est celle d'une jeune femme américaine de 35 ans, de tempérament lymphatique et d'idiosyncrasie hépatique. Cette malade avait précédemment souffert de calculs biliaires ; elle était affectée depuis plusieurs années d'un catarrhe chronique du pharynx avec sécheresse presque continuelle de la muqueuse gutturale, légère dysphagie, expulsion de produits folliculaires caséeux, efforts d'expuition, rougeur livide, granulations, etc., etc. Emploi antérieur des astringents, des topiques iodés et phéniqués, des purgatifs, des dépuratifs, etc.

L'auteur, après avoir traité longtemps cette malade sans succès, croyait à un mal de nature cancéreuse. Enfin il eut l'idée d'employer en pulvérisations, au moyen de l'appareil Richardson, une solution de 2 grammes d'acide phénique dans 300 grammes d'eau distillée. Les séances étaient de 15 minutes. Six jours après le commencement de ce traitement, la déglutition était devenue facile et sans douleur, la sécheresse avait presque disparu. Après la dixième séance la guérison paraissait complète.

La seconde observation concerne un homme de 34 ans, malade depuis quatre ou cinq ans, et éprouvant de temps en temps des exacerbations de son affection. Diverses médications avaient été inutilement essayées antérieurement. Mis à l'usage de douches de solution phénique pulvérisées, ce sujet obtint une guérison que l'auteur, qui l'a revu depuis, considère comme définitive.

(*Independencia Medical de Barcelona.*)

Mixture contre l'angine couenneuse.

Suc de citron.	30 grammes.
Bulbes d'ail..	20 —
Hydrolat d'hysope.	150 —
Sirop de gomme.	30 —

Triturez les bulbes avec le suc de citron, et ajoutez peu à peu l'eau distillée d'hysope ; passez et ajoutez le sirop de gomme.

Une cuillerée toutes les heures. — Toutes les deux heures, ou

toutes les heures, dans les cas graves, touchez les parties malades avec un pinceau trempé dans un mélange de suc de citron et de suc d'ail. — Dans les cas d'une gravité exceptionnelle, touchez avec la teinture d'iode les régions affectées, et pratiquez des frictions mercurielles sur le cou. En même temps régime tonique et laxatifs pour tenir le ventre libre. — Le mélange d'ail et de citron paraît agir plutôt en détachant graduellement les plaques couenneuses qu'en les dissolvant. Dr CAZIN.

FORMULES DISCUTÉES A LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

Eau de goudron.

Goudron végétal choisi	5	grammes.
Sciure de bois de sapin	10	—
Eau distillée ou de pluie	1000	—

Divisez le goudron en le mêlant intimement à la sciure de bois de sapin, mettez-le en contact avec l'eau pendant vingt-quatre heures, en ayant soin d'agiter de temps en temps. — Filtrez. — Le goudron végétal de bonne qualité doit être d'aspect brun rouge, transparent, exempt de grumeaux résineux et originaire soit de Norwége, soit des Landes.

Si l'on employait de l'eau commune ou séléniteuse, le produit ne se conserverait pas et contracterait une odeur d'hydrogène sulfuré.

Sirop de goudron.

Goudron végétal choisi	15	grammes.
Sciure de bois de sapin	30	—
Eau distillée ou de pluie	1000	—
Sucre	Q. S.	

Divisez le goudron en le mêlant avec de la sciure. Versez dessus l'eau chauffée à 60 degrés, agitez de temps en temps. — Au bout de deux heures, filtrez sur le sucre et faites au bain-marie, en vase clos, un sirop dans les proportions de 100 grammes de liquide pour 190 grammes de sucre.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Académie des sciences. — Prix décernés en 1876. — *Prix de statistique.* — Une mention très-honorable à M. *Bertillon*, pour son atlas intitulé : *Démographie de la France, mortalité selon l'âge, le sexe, l'état civil en chaque département, et pour la France entière*, etc. In-folio. Paris, 1876.

Prix Barbier. — Décerné à M. *Planchon*, professeur de matière médicale à l'Ecole de pharmacie de Paris, pour son récent ouvrage en 10 volumes sur la matière médicale.

L'Académie accorde 1000 francs à MM. *Gallois* et *Hardy* pour leurs recherches sur l'écorce de Mançône, et 500 francs à M. le docteur *Lamarre*, médecin de l'hôpital Saint-Germain-en-Laye, pour son travail sur le traitement de la coqueluche.

Prix Bréant (médecine et chirurgie). — L'Académie accorde un encouragement de 2000 francs à M. *Duboué*, et un encouragement de 1000 francs à M. *Stanski.*

Prix Montyon. — L'Académie accorde des prix : à MM. *Feltz* et *Ritter*, pour leur *Etude clinique et expérimentale sur l'action de la bile et de ses principes introduits dans l'organisme;* à M. *Paquelin*, pour l'invention d'un thermo-cautère, et à M. Perrin (du Val-de-Grâce) pour son *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie.*

Mentions. — A MM. *Mayençon* et *Bergeret* (recherches, dans les tissus et les humeurs du corps, des métaux dont les préparations ont pu être ingérées, soit à titre expérimental, soit comme médicament ou comme poison) ; à M. *Mayet*, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour sa *Statistique des services de médecine des hôpitaux de cette ville*; à M. *A Sanson*, professeur de zootechnie à l'Ecole de Grignon, pour ses *Recherches expérimentales sur la respiration pulmonaire chez les grands mammifères domestiques.*

Société française d'hygiène. — La Société française d'hygiène vient de tenir sa première séance, au siége provisoire de la Société, 173, boulevard Haussmann.

Le bureau a été ainsi composé à l'élection. *Président*, M. Chevalier, membre de l'Académie de médecine. *Vice-Présidents* : MM. Marié Davy, directeur de l'Observatoire de Montsouris, Muller, professeur à l'Ecole Centrale, etc. Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon. — *Secrétaires :* MM. les Dr Saffrey, de Pietra Santa et A. Joltrain. *Trésorier*, M. Tréhyon ; *Bibliothécaire*, M. le Dr Cassagne.

Mort de M. Caventou (Joseph Bienaimé), professeur honoraire à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, est mort en son domicile, à Paris, le 5 mai 1877, dans sa 82e année.

Mortalité à Paris.— (1,986,748 habitants, recensement de 1877.) Dans la semaine finissant le 10 mai, on a constaté 1052 décès. Les maladies diphthéritiques (angine couenneuse et croup), sont en décroissance depuis un mois : les trois dernières semaines ont donné 65 décès, 68, 51 : la semaine finissant le 10 mais en a donné 46. La bronchite aiguë a fourni 53 décès; la pneumonie, 83.

Boite aux lettres. — *M. D..., à P...*, A titre d'ami.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 21. 24 Mai 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 23 *mai* 1877.

— A *l'Académie des sciences*, M. Bouley avait posé cette question à M. Pasteur :

Un animal contracte, dans les conditions ordinaires, la fièvre charbonneuse; au bout de deux jours, il se forme, par supposition, une tumeur charbonneuse ; on l'ouvre et l'on cautérise profondément. L'animal a des chances de guérir. Comment cela se fait-il?

Pour M. Pasteur, pas de charbon sans bactéridies, et pas de bactéridies sans charbon. Si la cautérisation au début procure la guérison, c'est que, lorsqu'il y a eu inoculation, la bactéridie s'est développée sur place et n'a pas encore émigré dans le sang; on la tue sur place. Qu'on sacrifie l'animal inoculé et qu'on examine le sang, peu de temps après l'inoculation, on pourra le trouver indemne de bactéridies, mais il y en aura à foison au voisinage de l'endroit inoculé. Quant à l'animal, sa mort, selon M. Pasteur, a lieu par asphyxie, les bactéridies ayant besoin d'oxygène pour se développer et absorbant aussi une partie de l'oxygène du sang, qui devient ainsi impropre à la vie.

Dans la séance du 14 mai, M. Jules Guérin a porté à la tribune la question si discutée de l'origine et de la nature de la fièvre typhoïde. Le but du mémoire de M. Jules Guérin est de chercher le *pourquoi* de la localisation des lésions anatomopathologiques entre la fin de l'iléon et le commencement du cæcum. Il l'explique en disant que c'est là que s'accumulent et séjournent les liquides spécialement toxiques et que cette stagnation est confirmée par le gargouillement, par la douleur locale.

— L'*Académie de médecine* a reçu la visite d'un hôte illustre, l'empereur du Brésil, Don Pedro, qui est membre correspondant de l'Institut de France. C'est la seconde fois qu'un souverain assiste à nos réunions savantes : d'après Riolan, l'empereur Sigismond, en 1416, aurait assisté à une cérémonie de paranymphe à la Faculté de Paris. L'empereur, conduit par M. Larrey, a pris place dans la salle des séances entre deux illustres vétérans de l'Académie, MM. Cloquet et Bouillaud : on lui a demandé de vouloir bien signer le registre de présence, ce qu'il a fait très-gracieusement, et le président de l'Académie, M. Bouley, lui a souhaité la bienvenue en ces termes :

« J'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que S. M. l'empereur du Brésil, membre correspondant de l'Académie des sciences, est présent à la séance.

« Je remercie l'empereur, au nom de l'Académie, de ce témoignage qu'il veut bien lui donner de sa sympathie pour ses travaux, témoignage auquel nous sommes d'autant plus sensibles que l'empereur est un homme de science, qu'il protége les sciences, qu'il les encourage, qu'il les propage et qu'il a mis l'honneur de son règne à pousser le plus possible à leur avancement dans son pays. »

Nous devons ajouter que la veille l'empereur avait visité la Faculté de médecine.

M. Proust fait une lecture sur l'*importation possible de la peste en Europe, par suite de la guerre d'Orient*. Après quelques considérations sur des épidémies antérieures en Orient, M. Proust signale que la peste sévit actuellement avec intensité à Bagdad, qu'il y a eu plus de quatre mille décès et qu'à l'Est elle a envahi le territoire persan. Après avoir démontré le péril pour l'Europe, M. Proust conclut que les gouvernements européens doivent s'unir pour soutenir le gouvernement égyptien dans ses efforts pour se défendre contre l'importation de la peste; ce n'est donc pas à Constantinople, mais à Alexandrie que doit se concentrer l'action de ces gouvernements.

M. Lasègue a pris ensuite la parole pour faire une communication sur l'épilepsie, ses caractères, sa nature, son diagnostic. Contrairement à ce qui est généralement admis, M. Lasègue conteste à l'épilepsie toute propriété héréditaire.

M, Broca a lu son rapport sur le mémoire de M. Armand

Fleury (de Bordeaux), ayant pour titre : *Recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur l'inégalité dynamique des hémisphères cérébraux.*

M. Broca, après s'être livré à une longue discussion, termine en disant qu'il considère comme tout à fait illusoire la doctrine générale d'anatomie et de physiologie comparées que l'auteur, par un ingénieux effort d'imagination, a cru pouvoir déduire des faits constatés chez l'homme. Mais il ajoute qu'il ne faut pas méconnaître pour cela ni l'intérêt ni la portée de ces faits ; car, si l'inégale activité de la circulation dans les deux carotides n'est pas la seule cause de la disparité fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux de l'homme, elle y prend certainement une part importante, et c'est l'un des éléments dont on devra désormais tenir compte dans l'étude de cette grave question.

A *la Société de chirurgie*, la discussion porte principalement sur la trachéotomie (Voir *Médecine et chirurgie pratiques*).

— A *la Société de Biologie*, MM. Hillairet, Dumontpallier et Bouchereau, signalent les mauvais effets résultant de l'emploi de l'acide chromique comme caustique. M. Hillairet a traité longtemps le psoriasis lingual et buccal par les cautérisations à l'acide chromique dilué (au quart). L'affection parut se modifier un peu, mais il n'a jamais obtenu de guérison complète par ce moyen. Dans les végétations vulvaires, il a donné lieu à des accidents graves.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement des ulcérations chroniques de la vulve et du col de l'utérus par le sulfure de carbone, par M. le Dr Guillaumet.

Pendant son internat à Saint-Lazare, M. Guillaumet a rencontré un nombre relativement considérable d'affections utérines, d'ulcérations du col, d'érosions souvent rebelles à toutes médications. Après avoir employé le sulfure de carbone contre quelques ulcérations chroniques, quelle qu'en soit la nature, contre le lupus, contre l'esthiomène qui semblait incurable et en avoir obtenu de bons résultats, il l'a employé également pour

les ulcérations chroniques du col, et cela avec un grand avantage.

Malheureusement ce liquide possède une odeur très-pénétrante et fort désagréable qui l'a fait repousser par la plupart des praticiens. M. Guillaumet pense que ce n'est pas là une raison suffisante pour en rejeter l'usage. Divers moyens peuvent atténuer considérablement cet inconvénient. Parmi les plus simples, M. Guillaumet préconise le suivant. Il ajoute 10 gouttes d'essences d'amandes amères ou de menthe.

℞ Sulfure de carbone..........	10 grammes
Essence de menthe..........	10 à 15 gouttes
M.	

L'iode, qui est très-solube dans le sulfure de carbone, en diminue considérablement l'odeur et au lieu d'être un obstacle à la cicatrisation de ce corps, il vient au contraire ajouter aux qualités réparatrices et stimulantes du médicament.

Voici les solutions qu'il emploie.

℞ Sulfure de carbone...........	12 grammes
Iode........................	1 —
M. s. a.	

Ou bien.

℞ Sulfure de carbone...........	16 grammes
Teinture d'iode................	1 —
Essence de menthe............	4 gouttes
M. S. A.	

Le flacon qui renferme le sulfure de carbone doit être tenu très-près de la plaie à panser et *loin de tout corps enflammé;* on imbibe du liquide un pinceau de charpie en exprimant sur les bords du flacon l'excès du médicament, puis, on promène le pinceau sur toute la surface de la plaie que l'on recouvre immédiatement de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie sèche. Le *modus faciendi* ne diffère pas pour les ulcérations du col de l'utérus; seulement il est utile de mettre de la poudre en quantité, de la maintenir à l'aide d'un tampon de ouate que la malade gardera douze heures environ. Quand elle retirera le tampon, elle prendra une injection qui entraînera la poudre imbibée de mucosités.

Des scrofulides ulcéreuses de la vulve, ou esthiomène, des chancres, des syphilides muqueuses érosives génito-anales, des plaques muqueuses de la vulve ou de l'anus ont été guéris dans l'espace de quelques jours sous l'influence de ce traitement.

Le sulfure de carbone agit comme irritant réfrigérant et anesthésique; son action est toute locale et limitée aux tissus ma-

lades; malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive.

Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie : on n'en fera jamais plus d'un par jour.

Aiguille logée dans le larynx. — Extraction par les voies artificielles ; guérison, par Ch. Mitchell Field.

Une jeune fille de 25 ans avait avalé par mégarde une aiguille qu'elle tenait entre les lèvres. Aussitôt elle fut prise d'un violent accès de toux et de suffocation ; au bout d'un instant la crise cessa, pour revenir plus intense quelques instants après.

M. Field vit mademoiselle E... une demi-heure après l'accident. Elle était anxieuse, agitée ; sa respiration était fréquente, mais non pénible. Quelques paroles consolantes calmèrent son agitation; sa respiration se ralentit bientôt ; elle répondait distinctement aux questions qu'on lui adressait; le timbre de sa voix était normal. En palpant le cou, le chirurgien sentit une légère saillie au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde. L'examen laryngoscopique ne put être pratiqué à cause de l'excitabilité de la patiente. Une consultation fut provoquée : on résolut de tenter l'extraction du corps étranger et de faire au besoin la trachéotomie. M. Field pratiqua une incision sur la ligne médiane, au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde, à l'endroit où siégeait l'aiguille. Au moment de sectionner le cartilage, la malade fut prise d'un accès de suffocation qui retarda pour un instant les manœuvres ; bientôt après il se calma et l'on put inciser le cricoïde dans toute son épaisseur. Une pince ordinaire fut introduite à travers les lèvres de l'incision et permit de retirer le corps étranger à la troisième tentative. L'aiguille était placée horizontalement dans les voies aériennes, la tête en avant; la pointe, légèrement déviée à gauche, avait pénétré dans la paroi postérieure du larynx. Après l'extraction, tous les symptômes s'amendèrent rapidement pour ne plus reparaître. Les lèvres de l'incision furent réunies par première intention à l'aide d'un emplâtre adhésif.

L'auteur termine sa communication par la relation de trois cas analogues, suivis tous trois de succès. (*Medic. Record, March*, 10, 1877.)

Opération de croup pratiquée en un seul temps. Difficulté d'introduction de la canule. Dangers de cette méthode. Mort de l'enfant.

M. de Saint-Germain est un des médecins de Paris qui ont pratiqué le plus grand nombre de trachéotomies. Sa méthode est connue; il opère en un seul temps.

Dans une discussion sur la trachéotomie, M. de Saint-Germain rappelait que sur 93 opérations pratiquées par lui en un seul temps, il ne comptait aucun accident survenu par ce procédé opératoire, si ce n'est trois hémorrhagies, dont une secondaire. C'est donc à ce procédé qu'il donne la préférence. Il attendait sa centième opération pour faire une communication d'ensemble à la Société, quand un insuccès lui est survenu tout récemment, le 30 avril, dans le service de M. Labric, à l'hôpital des Enfants.

M. Labric l'avait fait appeler dans son service pour pratiquer la trachéotomie chez un enfant affecté de croup.

Cet enfant, âgé de 4 ans, malade depuis huit jours, avait le cou gros, court et gras : les points de repère étaient fort difficiles à trouver. L'enfant fut néanmoins étendu sur le dos, le cou dans l'extension forcée.

De la main gauche, M. de Saint-Germain serra fortement la trachée en la fixant, et, de la main droite, il enfonça le bistouri, non point en limitant la longueur de la lame à 1 centimètre et demi, comme il le faisait au début, mais en se fiant à la sensation de résistance vaincue qui devait l'avertir de la pénétration dans les voies respiratoires. A un moment donné, il éprouva ou crut éprouver cette sensation, et il divisa alors en sciant deux ou trois anneaux, et il retira son bistouri.

Le sifflement caractéristique lui apprit que la trachée était ouverte. Il introduisit alors le dilatateur, et, à son grand étonnement, il constata que l'enfant, un moment soulagé, ne respirait qu'à grand'peine et avec un très-fort tirage. Le dilatateur fut retiré, puis réappliqué, et, cette fois, la respiration s'établit franchement.

M. de Saint-Germain tenta d'introduire la canule, mais en vain; elle butait contre un obstacle invisible et ne pénétrait pas. M. Archambault conseilla d'élargir la fente trachéale avec le bistouri boutonné, croyant l'ouverture insuffisante. M. de Saint-Germain suivit ce conseil et la canule entra; mais l'air ne passait pas par son canal, et l'enfant étouffait de plus en plus. Plusieurs tentatives furent successivement faites par MM. Archambault et Labric, sans plus de succès. Enfin, M. de Saint-Germain finit par la faire entrer, et cela sans pouvoir apprécier pourquoi elle n'avait pas pénétré les précédentes fois.

Ces différentes manœuvres avaient duré environ un quart d'heure, et l'enfant ne paraissait pas avoir considérablement souffert; la respiration s'était régularisée, le teint avait repris sa coloration rosée. Malheureusement, l'enfant succomba, le quatrième jour, à l'extension des fausses membranes. L'autopsie, faite avec le plus grand soin, montra que la paroi postérieure de la trachée avait été atteinte et divisée par le bistouri. Les difficultés et les obstacles insolites que M. de Saint-Germain avait rencontrés à l'introduction du dilatateur et de la canule, ainsi que la gêne de la respiration chez l'enfant, s'expliquaient dès lors par la pénétration de ces instruments dans la fente de la paroi postérieure de la trachée; les accidents n'avaient cessé que lorsque, après une série de tentatives et de manœuvres de réintroduction de la canule, on était enfin parvenu à éviter d'entrer dans cette fente et à placer la canule dans le parallélisme avec le canal trachéal.

M. de Saint-Germain ne croit pas que ce cas malheureux doive faire abandonner l'opération de la trachéotomie en un seul temps; seulement, la possibilité de l'accident doit rendre le chirurgien plus circonspect, et lui faire prendre la précaution de n'enfoncer le bistouri qu'à une profondeur d'un centimètre et demi, pour être sûr de ne pas atteindre la partie postérieure de la trachée.

Cette observation, communiquée à la Société de chirurgie, a provoqué quelques observations.

M. Després s'est déclaré depuis longtemps opposé à l'opération en un seul temps et il a imité en cela MM. Chassaignac et Maisonneuve. Il est partisan de la méthode de Trousseau qui permet de réaliser deux conditions essentielles de succès, savoir : de faire l'incision sur la ligne médiane de la trachée et ensuite de ménager le corps tyroïde et son pédicule.

On a employé le thermo-cautère dans le but de prévenir les hémorrhagies. M. Tillaux en est partisan, mais il ne faut pas oublier que c'est un instrument infidèle et qui n'est pas à la portée de tous les praticiens et surtout des praticiens de campagne.

Si les hémorrhagies sont plus fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, c'est, suivant M. Després, que la trachéotomie n'est plus pratiquée suivant l'exacte méthode de Trousseau. Sur 43 opérations qu'il a pratiquées ou vu pratiquer par ses camarades d'internat à l'hôpital des Enfants, M. Després n'a vu qu'une seule hémorrhagie; or, l'autopsie a montré que, dans ce cas, l'incision avait intéressé le pédicule du corps thyroïde.

Modification au cathétérisme œsophagien.

M. Guyon, chirurgien en chef de l'hôpital Necker, a fait un rapport, dans l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, sur une modification apportée au cathétérisme œsophagien, par M. le Dr Chassagny, de Lyon.

M. Chassagny propose de substituer des olives aplaties aux olives cylindriques habituellement employées. En outre, ces nouvelles olives sont en métal, au lieu d'être en ivoire comme les anciennes.

La raison qui a porté M. Chassagny à changer la forme cylindrique de l'olive en forme aplatie, c'est la remarque qu'il a faite que le larynx constitue le principal obstacle à la dilatation de l'œsophage. En effet, le larynx ne peut être projeté en avant, étant retenu dans sa position par les muscles et les aponévroses qui le brident; aussi, lorsqu'on introduit dans l'œsophage une olive volumineuse, observe-t-on que le larynx se porte non en avant, mais latéralement. C'est ce qui a donné à M. Chassagny l'idée de diminuer le diamètre antéro-postérieur de l'olive et de faire prédominer le diamètre transversal.

Dans les expériences qu'il a faites sur le cadavre, et dont il a rendu témoin M. Guyon, M. Chassagny a montré que, lorsqu'on immobilise le larynx, il n'est plus possible de faire passer dans l'œsophage l'olive qui passait alors que le larynx était libre.

Du reste, la modification proposée par M. Chassagny s'applique aux cas de spasme œsophagien, d'œsophagisme, plutôt qu'elle ne s'adresse au traitement des rétrécissements proprement dits.

M. Guyon ne se croit pas en mesure de décider du mérite pratique de la modification proposée par M. Chassagny, n'ayant pas eu l'occasion de l'appliquer, mais elle lui paraît ingénieuse et digne d'attirer l'attention des chirurgiens.

Puisqu'il est question de cathétérisme de l'œsophage, nous signalerons une modification importante apportée par M. Collin dans la confection des olives œsophagiennes.

Afin de permettre le passage d'une sonde dans l'œsophage, M. Collin a disposé une longue tige en baleine terminée par une petite bougie olivaire en gomme; le diamètre de la tige et de la bougie ne dépasse pas 3 millimètres; la longueur de la tige en baleine est deux fois celle de la sonde œsophagienne; celle de la bougie en gomme vissée au bout de la tige est de 5 à 6 centimètres.

La roideur de la tige en baleine permet de chercher l'orifice supérieur du rétrécissement avec plus de facilité et l'élasticité de la bougie initiale empêche de faire fausse route.

Lorsque la bougie aura parcouru tout l'œsophage, on fait glisser sur la tige en baleine une sonde œsophagienne percée aux deux bouts en se servant de ce conducteur.

M. Verneuil a fait adapter à cet appareil, par M. Collin, une série d'olives dilatatrices percées à leur centre; on les fait glisser jusque dans l'œsophage en se servant de la même tige en baleine comme conducteur. Il faut remarquer que le conducteur permet de faire passer toute une série d'olives dans la même séance.

Nous considérons cette amélioration comme fort importante et facilitant la recherche du siége du rétrécissement et le siége du cathétérisme.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le cyanure de zinc.

Il y a quinze mois, M. Luton (de Reims) fit connaître les heureux effets qu'il avait obtenus des préparations cyaniques contre les manifestations arthritiques et rhumatismales. C'est au cyanure de zinc qu'il donne la préférence, parce qu'il est insipide et d'une administration facile. Ces résultats du professeur de Reims, confirmés par le Dr Deschamps, le sont aujourd'hui par le Dr Duhamel (d'Obernai). Ce dernier a vu le rhumatisme céder après quatre, cinq et six jours de traitement et après l'emploi de 0 gr. 20 et 0 gr. 30 de cyanure de zinc. Dans une pratique de quinze années il n'avait obtenu par aucune médication des résultats si satisfaisants.

M. Duhamel prescrit le cyanure de zinc en potion, associé à l'eau de laurier-cerise, et n'a jamais dépassé la dose de 0 gr. 10 dans les vingt-quatre heures.

Cyanure de zinc.	0 gr. 05
Eau de laurier-cerise. . . .	10 gr.
Potion gommeuse.	110 gr.

A prendre chaque heure une cuillerée. Comme le médicament est insoluble, il faut recommander de bien agiter la potion chaque fois. Les articulations atteintes sont frictionnées avec du baume tranquille et enveloppées avec du coton et du taffetas ciré.

Comme M. Luton, M. Duhamel administre quelquefois le cyanure de potassium sous forme de pilules de 0,05, au nombre de deux, trois et même quatre dans les vingt-quatre heures. Dans un cas de rhumatisme articulaire noueux ancien, les articulations sont restées déformées, mais les douleurs ont cédé, le sommeil et l'appétit sont revenus.

M. le Dr Deschamps a adopté un mode uniforme d'administration : il donne le cyanure de zinc sous forme de granules de 5 milligrammes et n'a jamais dépassé la dose de 5 centigrammes. Avec une dose aussi faible, il a vu neuf cas de rhumatisme articulaire guérir après une moyenne de traitement de huit jours. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril 1877.)

DIVERS

Traitement des abcès de la glande mammaire. — Le Dr Bathurst Woodman préfère le repos de l'organe malade à tout autre traitement. Voici le résumé de son traitement :

1° Les frictions et manipulations ont une certaine influence sur la production des abcès mammaires.

2° Quand on craint les abcès, il faut supprimer l'allaitement pendant quelques jours, ou le limiter à la glande qui est le moins enflammée. Il ne faut pas craindre de voir tarir la sécrétion lactée; elle revient vite.

3° Si on pratique la succion artificielle au moyen d'appareils, il ne faut pas employer le procédé plus d'une ou deux fois en 24 heures.

4° Le repos absolu et le décubitus dorsal sont obligatoires. L'application d'emplâtres percés d'un trou à leur centre ou de coussins à air sur les glandes malades est utile et doit être faite avec beaucoup de précautions.

5° Les préparations d'opium, de belladone, de chloroforme; la glace, les cataplasmes, les sangsues peuvent être utiles. Les diaphorétiques, les diurétiques, les purgatifs sont avantageux et diminuent la congestion locale par dérivation et révulsion. On se trouvera bien de prescrire en même temps les médicaments qui peuvent diminuer la sécrétion lactée, tels que l'iodure de potassium. (*Transact. of the London obstetric. Society*, vol. XVII, 1876.)

— *Emploi de la scille chez les enfants.* — La scille est un médicament que M. J. Simon regrette de ne pas voir employer plus souvent dans la médecine des enfants. C'est une préparation qui trouve à peu près les mêmes indications que la digitale et qui peut quelquefois même la remplacer avantageusement.

La scille stimule les fonctions digestives, augmente les sécrétions, et est un sédatif de la circulation ; elle a sur la digitale l'avantage de ne pas s'accumuler et de pouvoir être ainsi maniée indéfiniment; on peut donc y avoir recours pour continuer les

effets de ce dernier médicament. Chez les petits enfants, on n'emploie guère que la teinture, et on la dose comme la digitale. Si les enfants sont plus grands, on peut se servir de l'extrait et de la poudre, sous forme pilulaire.

℞. Extrait de scille........ }
Poudre de scille........ } ââ 0,01 à 0,05.

Pour 10 pilules. Une ou deux à chaque repas.

On peut aussi l'administrer sous forme de vin scillitique, d'oxymel scillitique, de vinaigre scillitique. On l'associe quelquefois à l'aconit et à la digitale sous forme de teintures mélangées à parties égales.

On l'emploie dans l'emphysème, l'asthme, l'adénopathie bronchique avec symptômes de dyspnée, et dans certaines affections du cœur, dans lesquelles on peut l'associer à la digitale.

— *Lotions contre l'acné :*

℞. Borate de soude....... 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr.
Carbonate de soude.... 0 gr. 30 à 0 gr. 50 —
Glycérine............. 30 grammes.
Eau distillée.......... 300 —

F. s. a. une solution, que M. Bazin recommande contre l'acné sébacée concrète. On commence par nettoyer les parties affectées à l'aide de bains alcalins et de lotions ammoniacales. — On peut employer également les solutions de sublimé ou d'arséniate de soude. — Quant aux pommades, celles qui réussissent le mieux sont celles qui ont pour base le peroxyde de fer ou le turbith minéral. Enfin, on peut recourir avec avantage aux bains et aux douches en pluie sur les parties affectées. — Dans les cas d'acné punctata, et d'acné vulgaire ou pustuleuse simple, l'huile de cade et la pommade au proto-iodure de mercure suffisent ordinairement.

— *Gingivite des femmes enceintes.* — Cette affection fort peu étudiée jusqu'ici, est cependant assez fréquente pour que M. Pinard l'ait observée quarante-cinq fois sur soixante-quinze femmes enceintes. Elle apparaît le plus souvent vers le quatrième mois de la grossesse, et disparaît un ou deux mois après l'accouchement; elle consiste d'abord dans une rougeur et une congestion avec tuméfaction des gencives ; la moindre pression exercée sur elles détermine des hémorrhagies ; puis les dents perdent de leur solidité, sont ébranlées et peuvent même tomber ; il y a souvent moins de troubles fonctionnels qu'on ne pourrait le supposer d'après l'état anatomique des parties; on observe cependant de la gêne de la mastication, un peu de douleur, quelquefois de petites hémorrhagies.

Entre tous les moyens qu'on peut employer contre cette affec-

tion, M. Pinard a donné la préférence à la préparation suivante, comme donnant de bien meilleurs résultats que toutes les autres :

Hydrate de chloral, } parties égales.
Alcoolat de cochléaria, }

Après avoir enlevé le tartre qui a pu se déposer sur les dents, on applique la solution tous les jours ou tous les deux jours sur le bord libre et malade des gencives, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité enveloppée d'un bourrelet d'ouate sert de petite éponge. Ce pansement est peu douloureux, la cautérisation légère et peu profonde, car l'eschare blanche et très-superficielle qui en résulte disparaît généralement vingt-quatre ou trente-six heures après l'application. (*Bull. Thérap.*)

— *L'épidémie de diphthérie.* — Cette épidémie qui a sévi cet hiver et a fait des victimes parmi les enfants et parmi les adultes, qui a enlevé quelques-uns de nos confrères est en voie de décroissance. Sa nature contagieuse est indéniable et nous nous associons aux justes réclamations de nos confrères qui demandent l'isolement dans les hôpitaux. Aussi nous laissons la parole à M. le Dr Besnier qui s'exprimait ainsi, à la séance du 11 mai de la Société médicale des hôpitaux, dans son excellent rapport sur les maladies régnantes :

« Depuis plus de dix ans, je ne cesse d'appeler publiquement l'attention sur la progression croissante de la diphthérie à Paris; j'ai signalé, sans me lasser, l'augmentation également progressive de la moyenne mortuaire, malgré les perfectionnements apportés au traitement de cette affection, et, notamment, malgré la trachéotomie; uni avec tous mes collègues des hôpitaux de l'enfance, j'ai sans relâche montré que la déplorable pratique de l'introduction dans les salles communes d'enfants atteints de diphthérie causait d'épouvantables ravages parmi les enfants reçus dans ces mêmes salles pour d'autres affections. J'ai, en outre, indiqué que la promiscuité des affections contagieuses avec les maladies communes était une source extrêmement dangereuse de propagation de ces affections hors de l'hopital et par les malades sortant avec le germe acquis, et par la liberté de la visite publique dans les salles. Tout cela, jusqu'ici, a été en vain. Pendant le premier trimestre de cette année, le mouvement de la diphthérie dans les hôpitaux, qui était de 71 malades en 1868, s'est élevé à 265, lesquels ont fourni le chiffre lamentable de 220 décès, c'est-à-dire de 83 pour 100.

Ce n'est pas tout; la maladie s'est aussi aggravée dans la ville; au moment même où un médecin ne craint pas de soutenir publiquement le paradoxe de la non-contagiosité de la diphthérie, le nombre des médecins victimes de la plus manifeste

contagion atteint des proportions absolument inconnues jusqu'alors.

La diphthérie cause, année moyenne, à Paris, 1,200 décès, soit 100 décès par mois, 300 décès par trimestre. Or, pour le premier trimestre de cette année, le chiffre est plus que doublé, puisque nous relevons le total lugubre de 728 décès diphthéritiques, sur lesquels 230 ont eu lieu dans les hôpitaux et 508 en ville.....

Assurément, ajoute M. Besnier, la mesure est comble depuis longtemps, mais il est, en vérité, impossible que la conscience publique ne s'émeuve pas dans un jour prochain, et j'espère fermement que les plaintes de plus en plus vives élevées par nos collègues des hôpitaux d'enfants sont les dernières que j'aurai à enregistrer et à livrer à la publicité.

Ces considérations sont, en effet, suivies des communications lamentables de MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Labric, Dujardin-Beaumetz.

A Sainte-Eugénie, service de M. Bergeron, 74 cas de diphthérie du 1er janvier au 1er mars, dont 65 venues du dehors, et 9 contractés dans les salles, sur lesquels 5 sont morts.

Dans le même hôpital, service de M. Cadet de Gassicourt, 38 cas, dont 8 guérisons. Sur ces 38 malades, 2 ont contracté la maladie dans les salles et ont succombé.

A l'hôpital des Enfants, service de M. Labric, 17 cas venus du dehors, dont 9 morts; 9 pris dans les salles, sur lesquels 6 ont succombé.

A la crèche de Saint-Antoine, service de M. Dujardin-Beaumetz, 12 cas de diphthérie, dont 10 chez les enfants et 2 chez de jeunes femmes. Sur ces 12 cas, trois ont été contractés dans les salles (1 femme et 2 enfants); les 10 enfants sont morts, les 2 femmes ont guéri. »

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur la déviation de l'utérus à l'état de vacuité, par le Dr Louis Lacroix. Br. in-8 de 97 pages. 1877. Chez V. Delahaye et Cie.

Les déviations utérines sont envisagées différemment par les uns et par les autres ; ceux-ci les considèrent comme une maladie grave et sérieuse, ceux-là comme une simple anomalie anatomique. Dans le premier cas, le médecin a beaucoup à faire; dans le second, son rôle serait bien insignifiant.

On n'a pas oublié la longue discussion soulevée à l'Académie de Médecine en 1854, à propos du redresseur de Valleix. M. Depaul a formulé ses conclusions dans son rapport à l'Académie et

a jugé sévèrement l'application des pessaires utérins, qui, non-seulement ne redressent rien, mais qui ont quelquefois donné lieu à des accidents sérieux. Ce n'est que dans des cas rares et exceptionnels, quand les déviations donnent lieu à des troubles sérieux et ont résisté à tous les moyens thérapeutiques, ce n'est que dans ces cas seulement que les pessaires peuvent être employés. A l'opinion de M. Depaul se sont rangés Paul Dubois, Cruveilhier, Goupil, et MM. Gosselin, Pajot et Bernutz.

M. le Dr Lacroix reprenant la question à nouveau, arrive aux mêmes conclusions que M. Depaul. Pour lui, les déviations utérines ne déterminent pas par elles-mêmes de troubles morbides, il est rationnel de ne pas les traiter. Mais, dit-on, en agissant on fera peut-être une chose utile à la malade.

Or, les moyens employés ont été les suivants :

1° Le *redresseur*. — Vanté par Valleix, ce procédé est jugé aujourd'hui, et Marion Sims, le praticien audacieux, a considéré comme mauvais l'emploi du redresseur utérin.

2° L'*éponge fine* maintenue par un fil et placée dans le cul-de-sac. — Elle a l'inconvénient de goufler outre mesure et d'exhaler une mauvaise odeur.

3° Les *pessaires extra-utérins*, *intra-utérins*.— Ces derniers sont d'un emploi dangereux.

4° La *cautérisation* de la paroi postérieure du col suivant le procédé d'Amussat. — Moyen hardi et dangereux.

5° Les *ceintures hypogastriques*. — Elles sont sans danger et souvent sans effet.

Le médecin restera donc les bras croisés, en présence de l'infirmité de sa malade? Non; il peut agir et M. Lacroix ne repousse pas absolument les pessaires extra-utérins; mais il réserve leur emploi aux prolapsus de l'utérus, aux congestions avec catarrhe utérin entretenues par un état de mobilité anormale excessive de l'organe (Goupil), et encore dans ce cas-là préfère-t-il la ceinture hypogastrique. La ceinture hypogastrique agit, d'après Velpeau, en soulevant et retenant le paquet intestinal, dont le poids, arrêté de la sorte au-dessus du bassin, cesse de fatiguer, de presser le fond de l'utérus.

Contre la déviation congénitale, M. le Dr Lacroix conseille l'abstention. Contre les déviations acquises il dirige ses efforts contre la maladie principale, et c'est l'opinion nettement formulée par M. Depaul. Ces maladies occasionnelles sont les phlegmasies partielles ou générales, les catarrhes, les granulations, les ulcérations, les névralgies, etc.

Il n'y a rien de neuf dans le travail de M. le Dr Lacroix; mais ce travail contient des idées sages et pratiques, idées puisées aux leçons et à la clinique des maîtres.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les cours complémentaires des études médicales pratiques institués à titre d'enseignement auxiliaire près la Faculté de médecine de Paris sont confiés à des médecins et chirurgiens des hôpitaux, choisis, soit parmi les agrégés titulaires ou les agrégés libres, soit parmi les docteurs non agrégés.

Les agrégés ou les docteurs chargés des susdits cours sont nommés pour une période de dix années. A l'expiration de ce terme, ils peuvent être renommés.

Toutefois, les fonctions cessent de plein droit le jour où ils ne font plus partie du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

— M. Nicaise, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours de pathologie chirurgicale près ladite Faculté.

— *École de pharmacie de Paris.* — 1° Il est créé, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, un cours complémentaire d'analyse chimique.

2° M. Personne, docteur ès-sciences, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, chef des travaux pratiques à l'école de pharmacie de Paris, est chargé dudit cours d'analyse chimique.

— Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant dorénavant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, du *lait pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait arrive tous les jours à Paris, en vase *en cristal* de 1 et de 2 litres, bouchés et plombés à la ferme même, où l'on peut adresser les commandes.

— L'*Union médicale* annonce au monde médical que Mlle Desportes, d'Orléans, vient d'être reçue *bachelière* à Paris, et que Mme Pouillet de Billancourt (Somme), déjà mère de quatre enfants, vient d'accoucher de trois nouveaux enfants bien portants.

Allons, tant mieux, chère *Union*, nous demanderons récompense honnête pour Mme Pouillet!

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 17 mai, on a constaté sur une population de 1,986,748 habitants, 970 décès dont 724 à domicile et 246 dans les hôpitaux, soit 82 décès de moins que la semaine précédente. Le croup et l'angine couenneuse ont diminué, n'ayant fourni que 36 décès au lieu de 46. La bronchite et la pneumonie sont également en décroissance.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue M^r-le-Prince, 29 31.

Troisième année. N° 22. 31 Mai 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 30 *mai* 1877.

— A *l'Académie de médecine*, la tribune a été occupée en partie par des candidats aux fauteuils vacants. C'est d'abord M. Azam (de Bordeaux) qui donne lecture d'un travail sur le *mode de réunion des grandes plaies*, et particulièrement des plaies d'amputation. Il y a une dizaine d'années que cette méthode est mise en pratique à Bordeaux, et si elle n'est pas nouvelle par chacun de ses éléments en particulier, elle l'est par leur ensemble. Elle a pour base la réunion par première intention de toutes les parties qui peuvent être réunies et l'écoulement facile du pus des parties qui doivent suppurer. Elle compte trois temps, un drainage profond, une suture profonde et une suture superficielle. Elle a été employée dans 202 cas et ses résultats ont été tels qu'elle est aujourd'hui presque exclusivement employée à Bordeaux ; MM. Verneuil, Alphonse Guérin et Gosselin nous diront ce qu'ils en pensent.

A M. Azam a succédé M. Courty, de Montpellier, qui a lu un travail sur les hypertrophies partielles du corps de l'utérus, hypertrophies qu'on peut confondre quelquefois avec le cancer ou d'autres tumeurs. Cette hypertrophie est peu connue ; elle existe sur les parties périphériques ou sur les parois même de la cavité cervicale, le plus souvent sur la ligne médiane. Tantôt congénitale, tantôt produite par les excès de coït, par l'inflammation du col après l'accouchement ou l'avortement, elle a pour signes subjectifs ceux de la métrite profonde, de la dysménorrhée et occasionne la stérilité. Le signe objectif le plus certain est la forme semi-

lunaire de l'orifice du museau de tanche; pour l'hypertrophie supérieure, l'obstacle au cathétérisme; la dilatation par l'éponge préparée et le cathétérisme la feront distinguer de l'antéflexion ou de la courbure en avant. Quant au traitement, il consiste en fondants, bains, injections, pessaires médicamenteux, hydrothérapie. Les moyens spéciaux sont la dilatation par des tentes d'éponge préparée, les scarifications saignantes ou caustiques pour l'hypertrophie de l'isthme cervico-utérin, l'ignipuncture. La guérison de la stérilité en est la conséquence,

M. Guyon a lu ensuite un mémoire sur les *Fibrômes aponévrotiques intrapariétaux et en particulier sur ceux de la région cervico-dorsale.*

M. de Ranse a clos la séance par la lecture d'un travail sur l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme. Pour lui, ce sont deux affections qui s'associent fréquemment, mais qui sont tout à fait distinctes et qui doivent être étudiées et décrites séparément.

La Société de chirurgie continue la discussion sur la trachéotomie et cette fois, M. de Saint-Germain rapporte une observation de trachéotomie faite avec le thermo-cautère, pratiquée en sa présence par M. Krishaber sur un adulte, à cou gros et court.

L'opération a parfaitement marché et n'a pas duré plus de vingt minutes; les tissus ont été divisés, couche par couche, jusqu'à la trachée, la température du thermo-cautère diminuant à mesure que l'on se rapprochait de ce canal. La trachée a été ouverte avec le bistouri. Pendant tout le temps de l'opération, il ne s'est pas écoulé une goutte de sang; seule, l'ouverture de la trachée a donné lieu à un léger écoulement sanguin équivalant à peine à un quart de cuillerée à café.

Ce thermo-cautère, s'étant un peu égaré de la ligne médiane, a entamé le lobe gauche du corps tyroïde, qu'on croyait la principale cause des hémorrhagies dans la trachéotomie, et cependant il n'y eut pas le moindre écoulement sanguin.

M. de Saint-Germain, ému sans doute de sa dernière opération malheureuse, semble attiré vers cette méthode pour les adultes, réservant l'instrument tranchant pour les enfants.

MM. Després et Verneuil pensent qu'on se hâte un peu trop de signaler les résultats de ce procédé opératoire qui est encore trop récent pour être jugé.

Après une autre communication de M. Després sur une opération de rhinoplastie chez un sujet affecté de lupus et la présentation d'un nouveau forceps par M. Tarnier, M. Paulet communique l'observation d'un jeune homme de 18 à 19 ans affecté d'un engorgement ganglionnaire au cou, d'une adénite cervicale à marche lente, insidieuse et rebelle à tout traitement. M. Paulet, croyant qu'il fallait stimuler cette adénite, fit appliquer un vésicatoire local et deux jours après il existait une fluctuation manifeste. L'abcès fut ouvert et donna issue à très-peu de pus. Quinze jours plus tard, des accidents d'asphyxie se manifestent; le cou est très-volumineux. Croyant à une infiltration purulente des parties profondes, M. Paulet fit une incision jusqu'au sterno-mastoïdien, fit un débridement sur un point saillant et un peu fluctuant et n'eût qu'une faible quantité de pus. Les jours suivants, apparut un fongus énorme faisant saillie par l'ouverture. M. Gosselin vit le malade, constata l'existence d'un lymphadénome et l'inutilité de tout traitement. Le malade en effet mourut quelques jours après par cachexie. M. Paulet demande s'il existe des signes diagnostiques entre l'adénite et le lymphadénome. M. Tillaux a vu deux cas anologues, tous deux terminés par la mort.

La science est-elle en mesure de distinguer les cas d'adénite dans lesquels on peut intervenir sans inconvénient de ceux où cette intervention serait nuisible? M. Tillaux ne croit pas pouvoir être affirmatif à cet égard; toutefois, il pense que, dans tous les cas de ganglionite succédant à un épithélioma de la langue, il faut s'abstenir, sous peine de provoquer des accidents asphyxiques rapidement mortels.

M. Verneuil croit pouvoir donner les signes diagnostiques suivants : Dans l'immense majorité des cas, les tumeurs lymphadénomateuses sont unilatérales, absolument indolentes; on les observe sur des sujets vigoureux, sans trace de scrofule; elles s'accroissent en formant des chapelets, mais ne s'abcèdent jamais; elles sont généralement libres de toute adhérence à la peau, contrairement aux adénites scrofuleuses dans lesquelles ces adhérences finissent

toujours par se former tôt ou tard. Si l'on a le malheur de toucher à ces tumeurs avec le bistouri, on voit bientôt surgir de la plaie d'énormes champignons sarcomateux, comme dans le cas de M. Paulet.

Pour M. Am. Forget, les signes donnés par M. Verneuil seraient ceux du cancer des glandes, observé et décrit il y a 40 ou 50 ans.

Le résultat de cette discussion est que les caractères donnés jusqu'ici ne sont pas suffisants et que ce sujet nécessite de nouvelles recherches.

— *A la société de Biologie*, M. le docteur Budin a communiqué une note sur cette question : Existe-t-il un signe permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois du vagin après l'accouchement ? Il rapporte trois observations qui lui semblent devoir éclairer cette importante question pratique. D'où viennent ces hémorrhagies ? Est-ce d'une artère du périnée ? Est-ce d'une lésion du col, du vagin, des lèvres ? Y a-t-il rupture de varices clitoridiennes, ou de varices développées au niveau de la moitié antérieure du vagin ? Voici les signes donnés par M. le docteur Budin : Si le sang vient du clitoris, il s'écoule immédiatement à l'extérieur, aussitôt après la sortie de la tête, même avant l'expulsion du tronc de l'enfant ; s'il vient de la rupture du col, chose fréquente, il sera sans doute effacé par le frottement du corps du fœtus contre les parois du canal vaginal considérablement distendues. M. Budin se demande si l'on ne pourrait pas conclure, par l'apparition d'une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc, à la rupture d'un vaisseau occupant la partie antérieure du vagin. L'opinion de M. le docteur Budin est peut-être un peu spécieuse ; toutefois elle mérite d'être signalée.

— La *Société médicale des hôpitaux* a consacré sa séance au traitement de la pleurésie. M. Strauss a rapporté l'observation d'un vieillard de 72 ans guéri par la thoracentèse d'une pleurésie franche aiguë. Ces maladies ne sont pas fréquentes chez les vieillards et on les considère le plus souvent comme mortelles. (Chomel, Grisolles, Beau)

M. Moutard-Martin, qui en a observé un grand nombre, pense qu'on a beaucoup trop rembruni le tableau et, selon lui, la thoracentèse est aussi bien indiquée chez le vieillard que chez l'adulte : l'âge n'y fait rien, la quantité de

l'épanchement est plus impérative. Quelques-uns de ses confrères administrent la digitale dans les pleurésies ; il n'y a pas recours. M. Blachez a eu l'occasion de pratiquer la thoracentèse bon nombre de fois. Chez deux des derniers malades qu'il a traités, le liquide épanché était constitué en grande partie par du sang vermeil et cependant la guérison eut lieu. MM. Gerin-Roze et Guillot ont vu également des épanchements sanguinolents abondants guéris. MM. Féréol et Laboulbène ne croient pas beaucoup que ces épanchements soient réellement constitués par du sang. Dernièrement M. Laboulbène fit analyser par M. Méhu le liquide ainsi obtenu à la suite d'une thoracentèse. M. Méhu constata que ce n'était pas du sang, mais un liquide séreux sanguinolent.

Cette discussion peut se résumer ainsi :

a. La quantité de liquide épanché est la principale indication de pratiquer la thoracentèse.

b. L'âge n'est pas une contre-indication.

c. Ce qu'on prend le plus souvent pour du sang n'est que de la sérosité sanguinolente.

d. La digitale n'est pas indiquée dans les pleurésies, pas plus que dans les autres hydropisies qui ne sont pas déterminées par une maladie du cœur. Dans ce dernier cas la formule que préfère M. Hérard est la macération de feuilles de digitale 0,50 dans un litre d'eau. On peut édulcorer avec le sirop d'écorces d'oranges amères.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Nouveau traitement curatif de la variole,

par M. le Dr Pioch.

Si la variole n'a pas donné lieu à une thérapeutique aussi variée que la fièvre typhoïde, que quelques-uns persistent à comparer à une variole interne, *psorentérie*, elle vient de faire éclore dans des cerveaux étrangers un traitement que nous n'osons recommander et que nous n'oserions pas employer, celui des bains froids. Laissons-en la responsabilité à ceux qui sont assez audacieux pour le mettre en pratique. Le *Lyon médical* a publié récemment un travail à ce sujet ; mais voici un praticien plus

prudent, M. le Dr Pioch, qui nous signale sa méthode thérapeutique, qui nous paraît devoir appeler l'attention des praticiens.

La période la plus grave est au moment de la fièvre de suppuration, lorsque la multitude des pustules s'enflamme et verse dans la circulation la suppuration successive de la face, de la poitrine et des membres.

C'est ce danger qui a éveillé toute l'attention de M. le Dr Pioch, qui a communiqué son travail au journal lyonnais. C'est contre ce danger qu'il a institué la méthode suivante de traitement :

Pendant les trois premiers jours, s'il y a délire, il fait prendre par cuillerée une potion contenant 4 grammes d'extrait mou de quina et 20 gouttes de teinture de musc. Jusque-là rien de nouveau. Quand l'éruption se complète, que le délire cesse, pendant les trois jours suivants, plus de musc ni de quina. Boissons légèrement sudorifiques, bouillons.

Vers la fin du septième jour, au point analogue à celui où nous ouvrons les boutons vaccinaux pour en recueillir le vaccin, au moment où la fièvre qui s'était calmée se rallume sous l'influence de la maturité des pustules, il commence la véritable attaque thérapeutique en faisant badigeonner, toutes les quatre heures, toute la surface hérissée de boutons et de plaques, en commençant par les pieds et finissant par la face, au moyen d'un pinceau trempé dans le mélange suivant :

Glycérine...........	3 parties.
Teinture d'iode......	1 —

Dès la fin du quatrième jour de la suppuration (douzième jour de la maladie), au moment où la fièvre tombe, il fait cesser les onctions et reprend l'attitude expectante justifiée jusqu'ici par la guérison.

Il a eu à soigner dix malades gravement atteints. Le premier, qui n'a pas subi d'onctions iodées, est mort. Les huit autres, dont sept avaient des varioles très-confluentes, ont traversé heureusement la période ultime et se sont rétablis dans le temps ordinaire.

Voici du reste l'analyse d'un cas qui peut résumer tous les autres :

Le 21 août dernier est arrivé, à la maison-mère des Frères des Ecoles chrétiennes de Caluire, un frère de Givors, qui venait s'y reposer d'une bronchite et d'une maladie du cœur.

Les symptômes de la fièvre d'invasion qui ont duré trois jours ont été suivis d'une éruption générale de variole des plus intenses.

Au 7e jour de l'éruption (10e de la maladie), la tête et la face ont doublé de volume.

Le derrière du cou, le dos, les épaules, les bras en totalité, sont hérissés de pustules.

Les flancs, les organes génitaux, les cuisses et les jambes sont envahis avec la même profusion.

La région hypogastrique et le ventre sont seuls atteints de boutons espacés.

Le badigeonnage est commencé mardi à la fin du 7e jour et pratiqué toutes les quatre heures, en commençant par les pieds pour finir à la face.

Pendant vingt-quatre heures le malade lui-même sollicite les onctions qui le soulagent (1 iode, 3 glycérine). Après le 8e badigeonnage, il se plaint de cuisson; il demande qu'on retarde les applications : elles sont continuées avec l'addition d'une partie de glycérine (1 teinture d'iode, 4 de glycérine).

Tête monstrueuse, délire; le pouls ne peut pas être exploré à cause de l'épaisseur de la carapace des boutons sur les poignets. On ne peut en juger que par les battements des carotides; et la fièvre ne paraît pas excessive. Langue humide et rosée avec des boutons crevassés.

Après le 12e badigeonnage et pendant vingt-quatre heures, le mélange est modifié (1 iode, 5 glycérine).

Le délire augmente et la cuisson persiste une heure après le badigeonnage. Potion au musc et à la quinine, bouillons, eau vineuse.

Après la 18e onction, retour au mélange de 1 sur 4.

Au milieu du 4e jour du traitement la face est crevassée et la peau se soulève par larges plaques; le cou, le dos et les bras ont tous leurs boutons desséchés.

Vendredi, 5e jour du traitement, le délire a cessé, les onctions ne sont maintenues que sur les avant-bras et les membres inférieurs.

Samedi. Vin, bouillon, changement de lit.

Dimanche. Le malade m'appelle son sauveur; il s'amuse à arracher les nombreuses pustules blanches qui persistent sur les avant-bras, les poignets et les jambes, et me fait observer lui-même qu'elles ne contiennent aucun liquide.

Convalescence.

Il faut remarquer que la rapidité de la résorption purulente, de la dessiccation des pustules, de l'exfoliation de la face, ne laissent pas au pus le temps de creuser le derme, et qu'après les cas les plus intenses, il y a peu de cicatrices et elles sont superficielles.

En présence d'une guérison prompte et complète chez un malade si gravement compromis, on est amené à se poser cette question : L'iode, indépendamment de son action générale anti-

septique, ne serait-il pas, comme l'iodure de potassium contre la syphilis, un spécifique contre la variole ?

Ce traitement n'est cependant pas applicable à tous les cas, ni dans toutes les formes. M. le Dr Pioch ne le pense pas : il est sans effet dans la forme hémorrhagique et dans la forme dyspnéique; mais il réserve les onctions iodées contre les cas de variole confluente et régulière, toutes les fois qu'il a à redouter l'intoxication générale par le virus variolique en excès.

Le cubèbe et le copahu abortifs de la diphthérie pharyngienne et des angines catarrhales aiguës,

par M. Trideau (d'Andouillé).

M. Trideau recommande dans son mémoire de donner des doses considérables; soit 6 gr. de cubèbe (quelques centigrammes de copahu dans les 24 heures sont insuffisants). Pour tarir les sécrétions des muqueuses, il faut procéder comme on procède dans la blennorrhagie. Ainsi M. Trideau prescrit une, deux ou trois potions semblables à celle ci-dessous dans les 24 heures.

Poivre cubèbe en poudre fine et fraîche.	12 à 15 gr.
Sirop simple........................	100
Vin de Malaga.....................	20
Eau.................................	20

Pour une potion.

8 à 10 gr. de cubèbe pour les enfants, 25 à 40 pour les adultes. Augmenter même les doses dès le troisième jour s'il n'y a pas d'amélioration; régime tonique. Si le mal résiste, joindre le copahu au cubèbe, surtout chez les adultes :

Copahu solidifié officinal (Mialhe).	0,35 c.
Cubèbe pulvérisé.................	0,15

Pour une dragée. 20 à 30 par 24 heures.

Contre la diarrhée, sirop diacode aux enfants, sirop thébaïque aux adultes. Si les dragées sont avalées difficilement, les faire broyer ou émietter dans un peu de marmelade ou de pomme cuite. Dragées et potion doivent être données concurremment. Si les dragées seules étaient données, au lieu d'en donner à l'enfant autant qu'il a d'années, l'on serait obligé d'atteindre le chiffre de 50 à 60 par jour. L'apparition de l'éruption copahique est de bon augure.

Sur les moyens d'augmenter ou de rétablir la sécrétion lactée.

En même temps qu'il emploie l'électrisation des seins pour augmenter ou rétablir la sécrétion lactée, le Dr Estachy administre à la nourrice deux ou trois cuillerées à café par jour de la poudre suivante :

Semences de badiane.....	3	grammes.
— de coriandre....	3	—
— de fenouil.......	3	—
— de nigelle	2	—
— de cumin.......	2	—
Sous-phosphate de chaux.	2	—
Carbonate de chaux......	2	—
Sucre pulvérisé..........	10	—

Mêlez.

(*Bull. de thérap.*, 15 avril 1877.)

Sur le traitement de la diphthérite par les solutions saturées de chlorate de potasse.

Nous n'avons qu'une bien médiocre confiance dans ce que nous envoient nos voisins de l'Est. Un médecin de Halle-sur-la-Saale, s'inspirant des études chimiques, physiologiques et cliniques d'Isambert sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, a eu la délicatesse de citer notre confrère et, partant de ses données, il a cru trouver dans les solutions saturées de chlorate de potasse, un spécifique contre la diphthérie.

Voici sa formule :

℞	Chlorate de potasse.......	10 gr.
	Eau chaude..............	200

diss. — et faites prendre sans sucre, ni sirop, une demi-cuillerée à une cuillerée toutes les heures, plus tard toutes les deux ou trois heures. — Aux enfants au-dessus de 3 ans, une cuillerée entière; une demi aux plus jeunes, — d'abord nuit et jour. — Ne pas boire après l'ingestion afin de ne pas neutraliser l'effet.

On peut ainsi résumer le travail de ce médecin prussien.

1° Le chlorate de potasse administré dans une solution saturée (5 : 100) a une action spécifique contre la diphthérite.

2° On le prescrit à 10 grammes, dans 200 grammes d'eau distillée, sans y ajouter de sirop ou quelque autre ingrédient en corrigeant le goût ;

3° On ordonne cette solution saturée aux enfants au-dessous

de 3 ans à une demi-cuillerée, aux plus âgés à une cuillerée entière toutes les deux heures (si la maladie est fort grave, toutes les heures) d'abord jour et nuit;

4° Cette médication interne seule suffit dans tous les cas;

5° La solution saturée de chlorate de potasse exerce une action *locale* et *générale* sur la marche de la diphthérite : *locale*, comme caustique et en dégageant les fausses membranes diphthéritiques de leurs couches ; *générale*, en suppléant l'oxygène enlevé au sang par les bactéries et en détruisant celles-ci.

6° Il faut prendre garde que la solution saturée de chlorate de potasse n'exerce une influence nuisible sur le cœur ou sur la digestion. Si l'on remarque des symptômes alarmants de ces organes, il faut suspendre l'administration du chlorate.

Traitement de l'ozène.

Dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. le Dr Brame (de Tours) a communiqué une note sur le traitement de l'ozène. En voici les conclusions :

1° Il est inutile d'employer du chlorure de chaux pour faire disparaître l'odeur infecte ou désagréable qu'exhale l'ozène; les moyens variés que j'emploie font rapidement disparaître toute odeur;

2° Il ne faut pas boucher les fosses nasales, attendu qu'il en résulte une grande gêne pour les malades;

3° Il ne faut employer ni pommades ni huiles, vu leur facile rancidité dans le lieu où on les porte;

4° L'iode en vapeur a des inconvénients : il demande un appareil spécial, et l'on ne peut facilement modérer l'action qu'il produit; il est avantageusement remplacé par la solution alcoolique de tannin iodé, porté au bout d'une baguette de verre;

5° On peut traiter certains ozènes par le sulfocyanure ferrique, dissous dans l'alcool, suivi du nitrate argentique, dissous dans l'eau; après quoi l'on introduit dans la fosse nasale de l'iodure argentique naissant, pour calmer l'irritation. Aux moyens précédents on ajoute parfois du tannin en dissolution alcoolique ou de l'iodure plombique. Le traitement général consiste, dans ce cas, en iodure ferreux, vin de gentiane, bière;

6° D'autres ozènes peuvent être guéris par les ventouses scarifiées appliquées au col, et par une solution alcoolique de tannin, suivie d'une solution de nitrate argentique introduite dans la fosse nasale. Traitement général nul.

7° Enfin, il en est d'autres qui demandent à la fois un traitement général reconstituant et un traitement local.

Le traitement général se compose de pastilles de phosphate ferreux, de vin de quinquina, de bière, de viande crue.

Le traitement local se compose de scarifications derrière les oreilles, de chlorure ferrique, dissous dans l'alcool, de nitrate argentique, de phénate sodique, dissous dans l'eau; de tannin, dissous dans l'alcool à 96 degrés. Ces moyens, auxquels on peut ajouter le tannin iodé, seront employés tous ensemble, ou quelques-uns séparément, et dans ce cas vers la fin du traitement..

DIVERS

— *Sirop de chloral et de belladone dans la coqueluche*, par M. le Dr Bouchut. — Après avoir essayé toutes les médications, M. Bouchut est arrivé à d'excellents résultats avec la formule suivante, dont il faut varier un peu les chiffres selon l'âge des enfants.

℞ Sirop de belladone....	15 grammes.
Hydrate de chloral...	0,50 cent. à 1 gr.

à prendre en une fois.

On devra suivre l'enfant et répéter les doses suivant le résultat observé.

— *Des usages de la pepsine en médecine et des préparations de cette substance.* — Le Dr Oscar Liebreich pense que le champ des applications de la pepsine à la thérapeutique pratique est très-vaste, mais que le nombre considérable des préparations employées, et parfois leur instabilité, ont obscurci les résultats et en ont amoindri la valeur. Il a étudié cette question dans *The Practitioner*, du mois de mars dernier.

Toutes les affections qui ont pour cause une digestion imparfaite peuvent s'améliorer par l'emploi de la pepsine : telles sont la chlorose, l'épuisement consécutif au typhus, à la rougeole et autres affections débilitantes ; la pepsine facilite la nutrition et en même temps active directement la restauration du pouvoir digestif naturel.

La dyspepsie consécutive à l'usage continu des condiments irritants, poivre, moutarde, vinaigre, ou à l'abus de l'alcool, est due à un affaiblissement du pouvoir digestif qui ne répond plus à l'action des stimulants. Dans les cas très-nombreux d'ailleurs, où la diarrhée des enfants est due à une digestion imparfaite de l'estomac, rien ne convient mieux, comme dans les cas précédents, que l'usage de la pepsine.

Le cancer et l'ulcère simple de l'estomac constituent des con-

tre-indications à l'emploi de ce médicament, dont l'action sur la muqueuse gastrique pourrait accélérer le processus ulcératif. M. Liebreich pense que les préparations alcooliques n'ont que peu de valeur, parce que, à la longue, elles subissent des modifications qui ont pour résultat la disparition de la pepsine par fermentation. Il pense, d'après une expérience prolongée, que la pepsine se conserve parfaitement dans la glycérine, parce que celle-ci s'oppose à la fermentation de la première, et il recommande très-chaudement cette préparation.

— *Traitement des abcès chauds post-puerpéraux du sein*, par M. le Dr O. Herpin. — Résumant la pratique de M. le professeur Gosselin, dans sa thèse inaugurale, M. Herpin après avoir discuté les différents modes de traitement, après avoir indiqué les avantages et les inconvénients des incisions, du drainage, des ponctions, de l'expectation, arrive aux conclusions suivantes : si l'abcès est bien circonscrit et la peau intacte, il faut faire une *ponction aspiratrice* et tenter le recollement immédiat des parois de la cavité purulente à l'aide du pansement compressif ouaté. Si l'abcès n'est pas bien circonscrit, s'il s'agit d'une mammite phlegmoneuse plus ou moins généralisée, si la peau n'est pas ntacte, il faut attendre *l'ouverture spontanée* ; puis, quand l'inflammation est suffisamment tombée, il faut établir la compression ouatée par dessus un pansement glycériné ou phéniqué.

Si cependant il y avait une extrême douleur, si elle contribuait à prolonger un mauvais état général, il pourrait être utile, dans un cas défavorable, de faire, pour la calmer, une ponction aspiratrice. Si elle ne réussissait pas, si on ne pouvait obtenir le recollement des parois, la piqûre s'agrandirait un peu d'elle-même et pourrait permettre à l'abcès de se vider.

Lotion contre l'acné.

℞ Borate de soude.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr.
Carbonate des soude.	0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr.
Glycérine...........	30 grammes,
Eau distillée........	300 —

F. s. a. une solution, que M. Bazin recommande contre l'acné sébacée concrète. On commence par nettoyer les parties affectées à l'aide de bains alcalins et lotions ammoniacales. — On peut employer également les solutions de sublimé ou d'arséniate de soude. — Quant aux pommades, celles qui réussissent le mieux sont celles qui ont pour base le peroxyde de fer ou le turbith minéral. Enfin, on peut recourir avec avantage aux bains et aux douches en pluie sur les parties affectées. — Dans les cas d'acné punctata, et d'acnée vulgaire ou pustuleuse simple, l'huile de

cade et la pommade au proto-iodure de mercure suffisent ordinairement.

— *Déformation du pied et troubles généraux déterminés par les chaussures à talon haut et étroit.* — M. le Dr Onimus a lu sur ce sujet à la Société de médecine de Paris, une étude dont nous voulons résumer ici les points les plus intéressants. Depuis que la mode s'est introduite de porter des chaussures à talon haut, étroit et oblique, de manière que le point d'appui du pied est pris sous l'arcade plantaire et non directement sous le calcaneum, M. Onimus a été consulté plusieurs fois par des jeunes filles qui se plaignaient de douleurs violentes dans les muscles de la jambe, douleurs augmentant après la marche, s'étendant de la partie externe de la plante du pied, le long de la région externe et antérieure du mollet, jusque dans la région antérieure de la cuisse. Au premier abord, ces douleurs s'accompagnant de troubles généraux survenant chez des jeunes filles, avaient été volontiers attribuées à des phénomènes hystériques. Mais un examen plus attentif permit d'en reconnaître l'origine, due à l'usage de ces chaussures, qui modifient complétement la physiologie de la marche et de la station. Ces modifications se résument en ceci : pression de l'arcade plantaire, par suite de l'obliquité du talon, abaissement forcé du cou-de-pied, qui détermine ainsi un déplacement douloureux des surfaces articulaires, application de la partie antérieure du pied sur le sol en même temps que le talon pendant la marche, et enfin rapprochement et flexion des orteils, par suite de la contracture douloureuse des muscles plantaires. Les désordres ne se borne pas là ; les muscles de la jambe, principalement ceux du mollet, obligés de lutter constamment contre la projection en avant, sont le siége de crampes très-douloureuses, et le long péronier latéral surtout reste sensible à la pression, longtemps même après la guérison. La douleur peut s'étendre au genou et à la cuisse ; enfin des phénomènes nerveux généraux peuvent accompagner ces accidents locaux ; ils peuvent même persister après que ceux-ci ont disparu. On comprend facilement leur existence chez des sujets prédisposés, si on pense à l'état d'énervement et de malaise qui accompagne la douleur provoquée par un simple cor ou par une chaussure défectueuse. A ces faits, il faut ajouter que ces chaussures, en déplaçant le centre de gravité du corps, peuvent exercer une action désavantageuse sur les organes abdominaux et principalement sur la matrice. Certaines femmes, chaque fois qu'elles en portent, éprouvent des douleurs dans le bas-ventre et sont tourmentées par des besoins fréquents d'uriner. Ce fait avait déjà été signalé par Camper à une époque (1781) où existait une mode semblable.

Le traitement ne consiste pas seulement dans la suppression de la cause, car, sauf dans les cas simples, les lésions persistent même. Alors il faut diminuer peu à peu la hauteur du talon et électriser les muscles avec les courants induits à intermittences très-rares, le pôle positif placé sur les vertèbres lombaires, le pôle négatif sur les filets nerveux périphériques. Il faudra éviter ensuite toute marche forcée, car la douleur reparaît à la moindre fatigue. Dans un cas même. M. Onimus l'a vue reparaître au moment de chaque menstruation,

Ni M. Onimus, ni le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, à qui nous empruntons cette communication, ne signalent les accidents qui peuvent se manifester dans les organes situés dans le petit bassin, du déplacement de l'utérus, etc.

BIBLIOGRAPHIE

De l'Absorption cutanée de l'iode et de quelques accidents consécutifs à l'enfant, par le Dr Ed.-L. Ménager.

Le travail le plus complet que nous connaissions sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées est une thèse remarquable, soutenue en 1854 par M. Titon, aujourd'hui l'un des praticiens les plus distingués de Châlons-sur-Marne. M. Ménager a restreint son champ d'observation en n'étudiant l'absorption cutanée que chez l'enfant. Dans son travail, il se pose les questions suivantes :

1° L'iode appliqué sur le tégument externe est-il absorbé? Est-il bien absorbé seulement par la peau et éliminé par les reins?

2° L'iode absorbé par le tégument externe, éliminé par les reins, peut-il donner lieu à quelques accidents? Quels sont ces accidents?

De ce mémoire, il tire les conclusions suivantes :

1° L'iode à l'état de teinture mitigée avec de la glycérine, appliqué sur le tégument externe est absorbé ;

2° Cet iode absorbé est constamment retrouvé dans les sécrétions, dans l'urine ;

3° Ce médicament peut donner lieu à certains symptômes : le plus constant est une sorte d'albuminurie passagère sans gravité à condition d'être éphémère ;

4° Les badigeonnages de teinture d'iode peuvent être employés comme méthode d'introduire l'iode dans l'organisme, suivant les cas où ce médicament utile ne peut être pris par l'estomac, selon l'idée de MM. Trousseau et Pidoux ;

5° Mais il ne faut pas oublier que si cette absorption a lieu

chez des malades sujets à de l'éréthisme nervoso-vasculaire, comme dans de certains cas de phthisie où les badigeonnages sont souvent mis en pratique, elle peut être plus nuisible que n'est utile la révulsion cutanée obtenue par cet agent thérapeutique.

Il n'y a donc pas lieu de considérer les badigeonnages d'iode comme le meilleur moyen de provoquer de l'irritation cutanée dans les cas où l'excitation des capillaires du poumon peut être facilement réveillée. Ils doivent donc être sinon proscrits, au moins surveillés dans la phthisie aiguë ou dans celle qui s'accompagne de fréquentes poussées congestives.

— *Le bureau central des hôpitaux.* — Rapport présenté à la Société des chirurgiens des hôpitaux, au nom de la Commission, par M. le Dr Nicaise, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. Brochure in-8°, 1877. Chez Germer-Baillière.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— Nous souhaitons la bienvenue à un nouveau journal de médecine qui vient de paraître à Bordeaux; il a pour titre : La *Province médicale*, et pour rédacteur en chef, un jeune chirurgien très-distingué, M. le Dr G. Poinsot.

— *Changement de domicile.* -- La librairie L. Leclerc, 14, rue de l'Ecole de médecine, est transférée, par suite d'expropriation, boulevard Saint-Germain, 104.

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 24 mai 1877, on a constaté sur une population de 1,987,748 habitants 996 décès, dont 752 à domicile et 246 dans les hopitaux, soit 26 de plus que la semaine précédente. Le croup et l'angine couenneuse, qui n'avaient fourni que 36 décès la semaine dernière, ont élevé la mortalité à 41. En comparant la mortalité des deux semaines, nous avons pour cette dernière *moins* de fièvres typhoïdes, *plus* d'affections diphthéritiques, *plus* de pneumonies, *moins* de diarrhées cholériformes et d'érysipèles.

Boite aux lettres. — *M. le Dr* P..., *Smyrne.* — Un journal du genre que vous demandez n'existe pas à Paris. Adressez-vous à M. le Dr Tartivel à Bellevue (Seine-et-Oise), ce savant confrère vous renseignera mieux que qui que ce soit.

— *M. le Dr P..., à N...* — Le volume se trouve à la librairie Asselin, place de l'École de médecine.

Le Propriétaire-Gérant : Dr Fort.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 23. 7 Juin 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 7 juin 1877.

— *Académie des sciences.* — La séance du 21 mai n'a guère présenté d'intéressant au point de vue médical que la communication de M. Jules Guérin sur le mouvement péristaltique de l'intestin. Cette conception, basée sur l'observation et l'expérimentation, permet de comprendre le séjour des matières fécales dans la partie inférieure de l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde.

« La science actuelle enseigne que les matières contenues dans les intestins n'y cheminent qu'en vertu de l'action des fibres circulaires de la membrane musculaire, qui se contractent successivement de haut en bas, à mesure que les matières avancent.

Voici ce que des observations et des expériences nouvelles ont démontré à M. Guérin :

1° Les matières contenues dans l'intestin n'y cheminent point en vertu d'une action *a tergo* résultant de la simple contraction circulaire de la membrane musculaire, mais en vertu d'une double action *propulsive* et *aspiratrice*, réalisée par la contraction des plans *circulaires* et *longitudinaux* de l'intestin ;

2° A la faveur de cette double contraction, distribuée entre deux parties continues de l'intestin, l'une d'elles, la portion supérieure, circulairement rétrécie, pousse son contenu vers la portion inférieure ; celle-ci, raccourcie par la contraction de ses fibres longitudinales, va à la rencontre de la précédente, reçoit son contenu et l'entraîne en vertu d'une sorte d'aspiration résultant du relâchement de

ses fibres, lequel relâchement produit dans cette partie un accroissement de longueur et de capacité ;

3° Ce double mouvement de propulsion et d'aspiration se reproduit, pour chaque point cloisonné de l'intestin, à la faveur des valvules conniventes dont les bords, mis en contact par la contraction circulaire, forment obstacle au mouvement rétrograde des matières.

Cette conception physiologique n'est pas le résultat d'une simple induction tirée de la composition anatomique de l'intestin. Elle s'appuie sur l'observation et l'expérimentation directes.

Faisant l'application de cette donnée physiologique à la stagnation des matières typhiques vers la partie inférieure de l'intestin grêle, on comprend d'abord que cette portion, frappée d'inertie par l'action stupéfiante de la matière toxique, est dépossédée de son action contractile; on comprend en outre que, le gros intestin étant occupé lui-même en permanence, ainsi que M. Jules Guérin l'a établi, par une certaine quantité de matières fécales anciennes, ces deux parties sont l'une et l'autre dans l'impossibilité d'exécuter le double mouvement de propulsion et d'aspiration indispensable au passage des matières du petit dans le gros intestin. La valvule iléo-cæcale, obstruée des deux côtés, ne laisse passer que le trop-plein des matières liquides accumulées à la fin de l'intestin grêle : de là la diarrhée liquide spéciale des premiers jours de la maladie, et l'évacuation des matières solides et anciennes à la fin seulement de la maladie.

A l'appui de ce mécanisme physiologique du mouvement intestinal, M. Jules Guérin cite encore les cas d'invagination intestinale que l'on rencontre assez souvent sur le cadavre des sujets morts de fièvre typhoïde. Cette invagination est le témoignage de la double action propulsive et aspiratrice exécutée par les deux portions continues de l'intestin; la paralysie, en frappant leurs fibres musculaires, a immobilisé leur rapport physiologique passager.

Un phénomène analogue avait été plusieurs fois observé à l'occasion du passage des aliments de l'œsophage dans l'estomac, la muqueuse œsophagienne se renversant et faisant saillie à l'intérieur de ce viscère. Ce qui porte M. Jules Guérin à croire que la progression des matières

de l'œsophage dans l'estomac s'effectue suivant le mécanisme indiqué ci-dessus pour les matières contenues dans l'intestin. »

— *Académie de médecine.* — La discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde a été reprise par M. Chauffard. Il démontre que la cause occasionnelle des maladies spécifiques et de la fièvre typhoïde en particulier peut appartenir à des faits d'ordre commun et à des faits d'ordre spécifique, et qu'elle peut même faire défaut. On sait que l'on donne le nom de maladies spécifiques à toutes celles qui, quelles que soient les causes occasionnelles, se manifestent et se jugent par la création et l'émission de produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit. M. Chauffard combat l'étiologie parasitaire de la fièvre typhoïde, et ce qui le fortifie dans sa croyance, c'est que ces maladies peuvent surgir spontanément, en dehors de tout ferment animé. Nous ne suivrons pas M. Chauffard dans son argumentation, mais nous la résumerons en disant que si la fièvre typhoïde relevait de lésions parasitaires, on pourrait espérer en débarrasser l'humanité. Si au contraire la fièvre typhoïde sort de notre spontanéité vivante, si nous l'engendrons en nous-mêmes, si elle surgit de toutes les conditions sociales et nécessaires qui nous enveloppent, elle ne disparaîtra pas du milieu de nous (29 mai).

— *Société de chirurgie.* — M. Marjolin présente un malade affecté d'une tumeur ganglionnaire du cou, ayant quelque analogie avec le lymphadénome malin dont il a été question à la dernière réunion.

Cet homme, âgé de 40 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais eu ni scrofule ni syphilis, sans antécédent cancéreux dans sa famille, s'est aperçu, il y a un mois, qu'il portait sur la partie latérale du cou une petite tumeur du volume et de la forme d'une olive. Depuis ce moment, la tumeur a augmenté considérablement de volume. Indolente à la pression, elle n'est douloureuse que la nuit, par élancements. Les amygdales sont normales ; l'autre côté du cou est absolument sain. M. Marjolin demande à ses collègues leur opinion sur la natured cette tumeur qu'il pense, lui, être cancéreuse.

MM. Verneuil et Duplay penchent, comme M. Marjolin,

pour une affection cancéreuse des ganglions, cancer secondaire, car le cancer primitif est rare. L'un et l'autre sont d'avis qu'il faut, avant de se prononcer, faire un examen attentif des muqueuses du voisinage. La rapidité du développement de la tumeur et de sa consistance fait croire à M. Desprès que c'est un lymphadénome, le cancer est plus dur.

M. Paulet présente deux cas de lithiase urique avec colique néphritique èt déviation de la taille qui avaient fait croire à un mal de Pott. Les deux affections se ressemblant beaucoup, M. Paulet ne rapporte que le premier cas.

Un garçon de 12 ans, d'apparence lymphatique, né de parents bien portants en apparence, mais dont la mère était graveleuse, est pris en 1874 de douleurs dans les régions du ventre, de l'estomac, des reins. Il maigrit et la taille se déforme. Un premier médecin consulté, voyant les yeux cernés et les pupilles dilatées, croit à une affection vermineuse et prescrit la santonine, qui reste sans résultat. Il pense alors à un mal de Pott et en institue le traitement rationnel. Un chirurgien, appelé ensuite, prescrit le même traitement. M. Verneuil, consulté en troisième lieu, ne trouve pas de rachitisme et déclare qu'il n'y a pas de mal de Pott. Un quatrième médecin, très-expert dans ces sortes d'affections, revient au premier diagnostic et prescrit un régime et un traitement en conséquence. M. Paulet appelé à son tour, reconnaît l'absence du mal de Pott, et constate des douleurs à la pression au niveau du carré des lombes. Il demande une consultation avec M. Verneuil, dont l'opinion se rapprochait de la sienne, et qui, en présence des douleurs lombaires, conseille d'examiner les urines. L'urine est jumenteuse, elle laisse un dépôt d'environ un cinquième de sa hauteur dans la vase qui la contenait. Décantée elle est claire, sans coloration spéciale, son acidité est extrême, sa densité forte (1026). Il n'y a ni sucre ni albumine. Le dépôt est entièrement formé d'urates. Il s'agissait donc d'une lithiase urique, et le traitement conseillé fut tout l'opposé de celui qui avait été mis en usage jusqu'à ce moment: au lieu du repos, on prescrit de l'exercice, de la gymnastique ; au lieu d'une alimentation fortifiante, un régime aussi peu azotéque possible, eau de Contrexéville, où le malade fit une saison. La cure fut rapide et complète. M. Paulet a

revu le petit malade le mois dernier; il est complètement guéri, la scoliose apparente a disparu

M. Tillaux communique une observation de psoriasis de la région dorsolombaire droite qui s'est manifesté en 1866; en 1870, M. Bazin qui vit le malade après le premier médecin donna à cette affection d'abord la désignation d'adénome ulceré et en 1874 il prononça le nom de cancroïde. L'affection s'était développée considérablement et avait formé une large tumeur mobile que M. Tillaux enleva. M. Tillaux pense que le psoriasis doit être enlevé dès qu'il commence à végéter (23 mai).

— *Société médicale des hôpitaux.* — M. Strauss communique une observation de pleurésie aiguë chez une femme de 72 ans, traitée et guérie par la thoracentèse, et il cite ce fait comme une guérison rare de pleurésie aiguë franche chez une personne âgée. M. Moutard Martin cite plusieurs cas analogues et ne croit pas que les guérisons soient si rares que le dit M. Strauss. M. Blache cite quatre observations de pleurésies, traitées par la thoracentèse. Il y avait épanchement sanguinolent et la guérison n'en a pas moins eu lieu (25 mai).

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Ulcération scrofuleuse de la face, traitée avec succès par le sulfure de carbone.

Nous avons publié dans le n° 21 l'extrait d'un travail de M. le Dr Guillaumet sur le traitement des ulcérations chroniques par le sulfure de carbone. M. le Dr Obissier (de Bordeaux) vient d'employer ce traitement avec succès dans une ulcération scrofuleuse de la face:

Voici l'extrait de son observation, que nous empruntons au *Bordeaux médical* et qui confirme les espérances de M. Guillaumet.

La malade est âgée de 36 ans, d'une constitution fortement lymphatique; elle a fréquemment eu des ulcérations sur les différentes régions du corps, des adénites cervicales et une carie des os du tarse qui a duré deux ans, laissant après la guérision une déformation considérable du pied qui force la malade à porter un

soulier spécial pour marcher, en boitant beaucoup. Son mal a débuté par une petite pustule de la dimension d'une lentille, située sur la joue gauche, à un centimètre environ du sillon naso-labial. Cette pustule a été traitée, sur les conseils du pharmacien, par de simples applications de cérat; la croûte s'est détachée laissant une petite cupule d'où suintait du pus en abondance. Cette cupule s'est étendue rapidement en surface et en profondeur, et voici quel était l'état de la malade lors de la première visite de M. Obissier : la joue gauche était envahie par une ulcération arrondie, dépassant en largeur une pièce de cinq francs; ses bords décollés et violacés, le fond blanc grisâtre d'un aspect lardacé, pas de bourgeons charnus; la suppuration était extrêmement abondante, très-fétide, la malade passait une partie de la journée à renouveler les pièces du pansement très-rapidement souillées. Les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés et légèrement douloureux, la santé générale très-ébranlée. Il prescrivit pour traitement local, des lavages avec de la macération de quinquina et un pansement avec un mélange de glycérine et d'alcool phéniqué; à l'intérieur, de l'huile de foie de morue additionnée d'iode métallique. Ce traitement fut ponctuellement exécuté pendant neuf jours; l'état de la malade n'avait pas changé, la plaie était très-douloureuse, mais aussi atonique que par le passé, le fond toujours blanc grisâtre, la suppuration très-abondante.

M. Obissier supprima le mélange phéniqué pour le pansement et le remplaça par une solution d'hydrate de chloral dans la proportion de trois grammes pour cent grammes d'eau. Deux jours après, la plaie paraissait un peu détergée, le fond était, en certains points, un peu rosé, la suppuration semblait avoir diminué, la douleur était beaucoup moindre. Ce pansement fut continué pendant deux semaines; le fond de la plaie avait perdu son aspect grisâtre, il était devenu rose pâle, la suppuration avait diminué un peu, enfin le fond de la plaie était devenu complètement insensible, mais on ne voyait apparaître aucun bourgeon charnu; aucune tendance à la réparation. L'état général devenait de plus en plus mauvais, l'appétit avait complètement disparu : la malade était profondément découragée.

C'est alors que M. Obissier eut recours au sulfure de carbone. La formule qu'il employa fut la suivante :

Sulfure de carbone.....	16 grammes.
Teinture d'iode........	4 —
Essence de menthe.....	4 gouttes.

C'est, du reste, celle que nous avons donnée (n° 21), à part la teinture d'iode, qui est à dose moindre. Le pansement fut fait au début, matin et soir, selon le procédé de M. Guillaumet. Le pre-

mier pansement fut fait le 16 mars; dès le 20, des changements remarquables s'étaient produits. La suppuration ne se fit plus qu'en fort petite quantité ; la plaie avait bon aspect, elle était rouge vif, semée de petits bourgeons charnus, les bords semblaient être recollés. Comme les applications du sulfure de carbone étaient devenues très-douloureuses, M. Obissier prescrit de ne faire qu'un seul pansement par jour. Le 25 mars, il trouva la malade dans une bien meilleure situation : la plaie avait notablement diminué d'étendue ; les bords n'étaient plus taillés à pic, mais se terminaient en biseau et étaient recouverts d'une zone de pellicule blanche très-ténue, formée par un jeune tissu cicatriciel. Le 4 avril, la plaie était réduite aux dimensions d'une pièce de cinquante centimes, avait très-bon aspect ; la suppuration était nulle. Enfin le 14 avril, l'ulcération avait absolument disparu, elle était remplacée par une plaie encore très-mince et rouge, surtout au centre. La malade n'a conservé de son affection qu'une plaque rosée, occupant le centre de l'espace qu'occupait l'ulcération et qui diminue tous les jours; de plus, la cicatrice n'a pas cet aspect blafard que présentent généralement les ulcérations strumeuses guéries.

L'odeur nauséabonde du sulfure de carbone paraît être un des grands obstacle à son emploi ; heureusement que de nombreux procédés permettent d'en atténuer suffisamment l'odeur, de telle sorte qu'il est parfaitement toléré. Nous rappellons aux lecteurs du *Paris médical* la formule de M. Guillaumet qui fournit un produit dont l'odeur, sans être entièrement masquée, est toutefois tellement atténuée, qu'elle ne peut nullement incommoder le malade ou le médecin. (*Voir* n° 21).

Ce qui frappe surtout dans l'emploi du sulfure de carbone, c'est la rapidité avec laquelle une plaie, jusque là atonique, devient sous son influence tout à coup active. L'amélioration est en général rapide, et chez la malade, dont nous publions plus haut l'observation, on observait chaque jour un progrès très-notable.

Nous ne pouvons actuellement dire comment agit le sulfure de carbone; pour le moment, il est démontré qu'il est un cicatrisant des plus puissants et qui mérite un rang élevé dans la thérapeutique. Il a déjà donné des résultats remarquables dans le traitement des ulcérations scrofuleuses ou vénériennes les plus rebelles. Enfin, dans un cas de lupus de la face, M. Guillaumet a rapidement obtenu une grande amélioration.

De l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme.

On sait que les praticiens ne sont pas tous d'accord sur cette question. Les uns, avec M. Marion Sims, réunissent intimement les deux ordres de phénomènes en une seule et même maladie; les autres, avec M. le professeur Gosselin, nient la possibilité du spasme vaginal et rapportent à l'hyperesthésie vulvaire seule les troubles fonctionnels attribués au vaginisme.

Médecin consultant à Néris, le rendez-vous des névropathes, M. le Dr De Ranse a observé trois faits qui lui permettent d'établir une indépendance absolue, dans certain cas, entre l'hyperesthésie vulvaire et la contraction spasmodique du sphincter du vagin, ce qui confirme l'opinion de M. Gosselin.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 32 ans, mère de deux enfants, qui a été vue par deux membres de l'Académie et adressée à M. de Ranse avec le diagnostic : *Hyperesthésie vulvaire, hématurie vaginale dépendant du spasme du col de la vessie.* Chez elle, en touchant légèrement la face interne des lèvres, un peu au-dessus de la fourchette, jusqu'au niveau du méat, on provoquait une sensation extrêment pénible. La malade avait de la peine à marcher; il lui semblait que ses lèvres s'entr'ouvraient, et la douleur se propageait au bas-ventre. Il y avait des spasmes du sphincter anal et du sphincter vésical, mais le sphincter vaginal en était complètement exempt; le toucher des parties hyperesthésiées, l'introduction du doigt et du spéculum ne provoquaient par la moindre contraction.

La seconde malade est une névropathe qui, à beaucoup d'autres phénomènes, joignait une hyperesthésie de la fourchette et du périnée, rendant la marche et la position assise parfois très-pénibles. L'introduction d'une canule à injection, du doigt, du spéculum, était très-douloureuse, mais ne provoquait aucune contraction spasmodique du sphincter vaginal.

La troisième observation a trait à une jeune femme, qui, mariée depuis deux ans, n'avait pu, par suite du vaginisme dont elle était atteinte, accomplir l'acte conjugal. Cette dame était hystérique et présentait, entre autres phénomèmes, un spasme de l'œsophage, avec lequel le spasme du vagin présentait une frappante analogie. La vulve, en effet, n'était plus, comme dans les deux cas précédents, le siége d'une hyperesthésie; on pouvait, sans provoquer de douleur, toucher la fourchette et la face interne des lèvres; mais dès qu'on cherchait avec le doigt à franchir l'anneau vulvaire, on sentait une puissante contraction, qui empêchait de pénétrer plus loin sans employer une certaine force; un spéculum conique et bien graissé, introduit et aban-

donné à lui-même, était expulsé comme une bougie conique l'est du canal de l'urèthre qui est le siége de contractions spasmodiques. Aucune lésion à la vulve ni au vagin. Le spasme vaginal semblait se produire quand on voulait franchir l'anneau vulvaire, exactement comme le spasme œsophagien se produisait quand le bol alimentaire franchissait l'isthme du gosier.

Du rapprochement de ces trois faits et des considérations qu'il expose à ce propos, M. de Ranse conclut que l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme ou contracture spasmodique du sphincter vaginal sont deux affections qui s'associent fréquemment, mais qui peuvent aussi s'observer indépendamment l'une de l'autre et que, par conséquent, elles doivent être étudiées et décrites séparément, quelque opinion d'ailleurs que l'on se fasse de leur nature ou de leur pathogénie.

A côté de ces faits, si judicieusement observés par M. de Ranse, se place une question importante, celle du traitement. On a conseillé les bains prolongés, les douches, les affusions, l'introduction d'une mèche belladonée, les vaporisations d'éther, de chloroforme, les piqures hypodermiques, etc. M. Lombe Atthill (de Dublin) rapporte qu'il a obtenu de bons résultats à l'aide des suppositoires iodoformés ; l'iodoforme était employé à la dose de 0,20 à 0,30 centigrammes.

Du coryza à répétition.

Parmi les différentes espèces de coryza sur lesquelles M. le professeur Peter appelait l'attention de ses auditeurs, il en est une qui se rencontre assez souvent chez les enfants et chez les vieillards, et qui est liée à un état diathésique évident.

Chez le jeune enfant scrofuleux, on constate du rhume de cerveau, une oblitération plus ou moins prononcée des trompes d'Eustache, puis tous ces phénomènes disparaîtront pour réapparaître quelques jours après, Si l'on consulte le médecin c'est parce que l'enfant deviendra sourd ou qu'il a de grosses amygdales ou bien encore parcequ'il ronfle en dormant. Ce qu'il y a de grave dans ce coryza c'est cette dureté de l'ouïe qui en est la conséquence, c'est le développement d'affections catarrhales non localisées et envahissant telle ou telle partie de l'appareil respiratoire; c'est qu'il y a de l'otite moyenne pouvant se terminer par une perforation de la membrane du tympan. L'habitude qu'ont les enfants atteints de ce coryza de tenir la bouche ouverte pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Quelquefois ce coryza revêt des formes plus insidieuses si le cas se présente chez un vieillard. On vous consultera, non pour un coryza, mais parce que l'odorat est perdu ; parce que le sens

de l'ouïe menace de faire de même; ou parce que l'on croira une attaque d'apoplexie imminente. Le malade, déjà âgé, a souvent le vertige, par instants il est forcé de chercher un appui, il a tournoyé sur lui-même ou même il a fait une chute, et, fait significatif, il a continuellement dans les oreilles un bruit d'eau qui tombe, de torrent dans le lointain, de vent qui souffle, signes qui se rapportent tous à une oblitération des trompes. Ces symptômes se produisent à la suite d'un rhume de cerveau revenant de temps à autre, mais ce qui préoccupera avant tout le malade, sera son mal de tête, ses troubles de l'audition, la perte de l'odorat. On peut alors, si rien n'existe au cœur ou aux vaisseaux, affirmer qu'on guérira ou du moins qu'on soulagera le malade et qu'il n'est pas menacé d'apoplexie; tout ce qu'il éprouve est en dehors du cerveau et même de la boîte crânienne.

Traitement. — Chez l'enfant c'est le traitement du lymphatisme, de la scrofule, qu'il convient d'employer. Il faudra s'attacher à modifier l'état général, par l'action de l'air, du soleil et des agents naturels et si cela ne suffit pas il faudra donner des réparateurs tels que l'huile de foie de morue, le vin de quinquina, user des bains sulfureux qui activent le fonctionnement de la peau; faire de l'hydrothérapie si la saison le permet; pratiquer des lotions d'eau froide d'une durée de une minute suivies d'une friction sèche.

Les bains de mer seront plus salutaires encore. Enfin il sera nécessaire de modifier la muqueuse nasale par des courants d'eau sulfureuse ou tannique au moyen des injections. Une cure thermo-sulfureuse est alors des plus salutaires.

Pour le vieillard il n'y a plus à employer l'huile de foie de morue ni l'hydrothérapie, on se bornera à l'action de l'air, du soleil et aux irrigations.

DIVERS

— *Traitement de la chlorose et de l'anémie par le phosphure de zinc.* — Dans certains cas d'anémie survenue principalement à la suite d'hémorrhagies postpuerpérales, M. le Dr Ad. Thompson s'est très-bien trouvé d'administrer avec les ferrugineux le phosphure de zinc à la dose de 0,05 par jour. (*Obst. transact.* 1876.)

— *Le cuivre est-il ou n'est-il pas un poison?* — Telle est la question qui s'agite en divers lieux et qui a trouvé un vigoureux lutteur dans la personne de M. le Dr Galippe. M. Galippe refuse au cuivre la toxicité dont on l'a accusé. il a démontré par des expériences que l'on peut faire absorber à un animal, à tous ses

repas, des quantités d'un sel de cuivre sans que l'animal en soit incommodé d'une façon notable. M. Galippe a expérimenté sur lui-même, en faisant usage d'aliments conservés et préparés avec des sels de cuivre et sa santé n'en a pas souffert.

M. Decaisne a communiqué à l'Académie des sciences une note pour protester contre les assertions de M. Galippe, et il a relaté à l'appui de sa note des cas d'empoisonnement par le cuivre chez des individus ayant pris de grandes quantités d'absinthe, laquelle contenait des sels de cuivre démontrés par l'analyse.

Voici un fait qui s'est passé en Italie et pour lequel on a consulté M. le Dr Galippe. Il a été communiqué par notre confrère à la Société de biologie.

En 1872, un moine, Vincenzo Palazzo, revenant d'Amérique, descendit à Naples chez des gens dont il séduisit la fille, Giuseppina Gazzaro, âgée de quinze ans. Ayant été chassé de cette maison, Giuseppina le suivit et vécut avec lui. Mais Vincenzo lui ayant déclaré qu'il allait repartir en Amérique, elle s'enfuit, lui emportant 13,000 francs. N'ayant pas été retrouvée, elle fut condamnée par contumace à cinq ans de prison. Le 22 septembre 1875, les employés de la gare de Rome, ayant constaté qu'une malle non réclamée exhalait une odeur insupportable, l'ouvrirent et y trouvèrent le corps d'une femme pliée en deux qui fut reconnu pour être celui de Giuseppina. Elle avait le ventre ouvert et rempli d'étoupe et de sel. La police se mit aussitôt en campagne pour retrouver le meurtrier. Un jour, dans la maison où elle avait résidé en dernier lieu, on trouva, dans un tas d'immondices, des enveloppes de lettres déchirées sur lesquelles on lisait: M. Salvatore Daniele, strada Madalena, 20. On manda cet homme, aujourd'hui accusé, à la questure. Pressé de questions, il avoua qu'il avait conduit la Giuseppina à Naples, où elle était tombée malade, et où elle mourut au bout de quatre jours avant qu'il ait cru seulement devoir appeler un médecin. Perdant alors la tête, il aurait ouvert le ventre de la Gazzaro, en aurait retiré les intestins et les aurait jetés dans un égout où le courant les emporta. Il restait une certaine quantité d'organes et de fragments de viscères que l'accusé jeta dans une fosse d'aisances, où ils furent retrouvés. Puis Daniele remplit ensuite la cavité abdominale avec du sel et de l'étoupe, et ayant placé le cadavre dans une malle, il l'expédia à Rome à une adresse quelconque.

Daniele est donc accusé d'avoir été le complice de la Giuseppina dans le vol du moine, et d'avoir ensuite tué celle-ci avec de l'acétate tribasique de cuivre. On a trouvé une certaine quantité de ce sel dans une des poches d'un de ses pantalons et sur un meuble. Des experts ont constaté que le corps de la Gazzaro n'avait été ouvert qu'après la mort.

La défense a demandé à M. Galippe son avis sur la question d'empoisonnement par l'acétate tribasique de cuivre.

Pour qu'un empoisonnement soit établi d'une façon scientifique, dit-il, trois conditions sont nécessaires : 1° il faut que des symptômes concordant avec l'action physiologique du poison aient été observés pendant la vie ; 2° il faut que des lésions anatomiques correspondantes soient trouvées après la mort ; 3° il faut que le poison lui-même soit directement retrouvé par des procédés chimiques. Or, dans le cas dont il s'agit, les symptômes manquent absolument. Pour les lésions anatomiques, de l'aveu même des experts, il a été impossible de distinguer ce qui devait être attribué à la putréfaction de ce qui était le fait du toxique ingéré. Quant au fait de la présence du cuivre dans les organes de la Gazzaro, M. Galippe s'y étend longuement, discute de point en point tous les arguments invoqués par les experts en faveur de l'empoinnement, et s'appuyant sur les nombreuses expériences qu'il a faites, et dont nous avons donné le résumé dans nos comptes rendus de la Société de biologie, déclare, en terminaut, que la Gazzaro n'a pas été empoisonnée par un sel de cuivre, parce que les sels de cuivre ne sont pas des poisons mais seulement de violents vomitifs; et qu'en raison de leur saveur désagréable, il n'est pas possible de les faire absorber mélangés à des aliments liquides ou solides, à une personne jouissant de ses facultes intellectuelles, sans que celle-ci en soit immédiatement avertie.

Pour nous, nous avouons notre hésitation à prendre parti pour ou contre M. Galippe ; la vérité est pour ou contre lui, à moins qu'il n'y ait cuivre et cuivre, comme il y a *fagots* et *fagots*. C'est donc là une question neuve et tout à fait à l'étude, pour laquelle nous faisons toutes nos réserves.

— *De l'emploi de la glycérine dans le diabète.* — *Paris-médical* ne veut pas se faire le garant d'une médication qui est vantée par les uns et niée par les autres. Nous ne l'enregistrons que sous toutes réserves, laissant à l'expérimentation le soin de nous dire le dernier mot.

Dans tous les cas, il est bon de savoir que si, à haute dose, c'est-à-dire à une dose équivalente à 15 grammes par kilogramme du poids du corps, elle peut être toxique, à une dose rationnelle, au contraire, c'est-à-dire de 15 à 30 grammes par jour, elle présente des propriétés reconstituantes et régularisatrices des fonctions digestives.

Désireux de trouver une formule qui permette d'administrer la glycérine autrement qu'en la mélangeant à du café, M. Carles a proposé à la Société de médecine de Bordeaux les préparations suivantes, qui, selon lui, seraient beaucoup plus faciles à faire prendre aux malades :

Alcool.................... 10 grammes.
Glycérine.................... 100 —
Eau de laurier-cerise......... 15 gouttes.

Si l'on désirait administrer en même temps les alcalins, on pourrait la modifier ainsi qu'il suit :]

Alcool.................... 10 grammes.
Glycérine.................... 100 —
Eau de laurier-cerise.......... 15 gouttes.
Bicarbonate de soude......... 2 grammes.
Extrait d'écorces d'oranges amères..................... 50 c. à 1 gramme.

On pourrait remplacer ce dernier extrait par 2 grammes d'extrait de quinquina, ou par du citrate ou tartrate de fer à la dose de 1 pour 100.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale, considéré surtout au point de vue du traitement, par le Docteur A.-Fr. Margnat.

Dans ce travail, l'auteur a retracé l'histoire pathologique de l'épithélioma de la glande sublinguale; il a fait ressortir les différences qui existent entre ce néoplasme et l'épithélioma lingual; il indique le temps opportun de l'intervention chirurgicale et le mode opératoire auquel il faut donner la préférence et il résume son travail dans les conclusions suivantes : L'épithélioma de la glande sublinguale, est une affection fort grave, dont la marche est rapide et ne ressemble, en aucune manière, à celle de l'épithélioma lingual; la récidive après l'opération est fréquente. Toutefois, ce n'est pas à dire, pour cela, qu'il ne faille jamais toucher à ce genre de tumeurs. Le néoplasme peut être attaqué à son début, ou bien, quand il n'a pas encore causé de graves désordres dans les organes voisins tels que le plancher buccal, la langue et le maxillaire inférieur. Dans le cas contraire, il vaut mieux s'abstenir de toute intervention chirurgicale, s'en tenir à un traitement palliatif, procurer le sommeil à son malade par les moyens ordinaires, et tâcher ainsi et par une hygiène bien entendue, de prolonger ses jours, dans la limite du possible, sinon on risque beaucoup de faire une opération inutile. (*Thèse inaugur.*, 28 mars 1877.)

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Le successeur de M. Dolbeau, à la chaire de pathologie externe, est désigné par la Faculté. Trois candidats étaient en présence, MM. Guyon, Duplay et Tillaux. Au troisième tour de scrutin, la liste de présentation a été ainsi votée : en première ligne, M. Guyon ; en deuxième, M. Duplay : en troisième ligne, M. Tillaux.

— Nous reproduisons avec plaisir les lignes suivantes que le Dr Dupouy vient de publier dans *Le Médecin*. On ne saurait trop louer les médecins victimes de leur dévouement professionnel.

« Nous avons annoncé la mort du Dr Cintrat, victime de son dévouement professionnel. Si les hommes disparaissent, les principes restent, et ceux-ci sont l'apanage de tous ceux qui aiment la science, qui se destinent au soulagement et à la guérison des maux de l'humanité. Cintrat est tombé glorieusement au champ d'honneur médical, sa mémoire, comme celle de Regnault, comme celle d'Émile Dubois, de Carrère, sera parmi nous et dans le souvenir de tous ceux auxquels ils ont prodigué leurs soins et leurs conseils.

Le Dr Cintrat, a pour successeur un jeune et distingué confrère, le Dr Bermer de Bournonville. Nous lui envoyons nos félicitations, persuadé qu'aux jours d'épreuves, de dangers et d'épidémie, il saura faire son devoir vaillammant, énergiquement, sans peur et sans reproche, comme le brave Cintrat. »

— Le *Journal officiel* du 30 mai rappelle que, par décision présidentielle, en date du 5 octobre 1872, un concours doit avoir lieu au mois de septembre pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire.

Ce concours s'ouvrira :

A Paris, le 23 août 1877 ;
A Lille, le 31 août ;
A Nancy, le 4 septembre ;
A Besançon, le 4 septembre ;
A Lyon, le 12 septembre ;
A Marseille, le 16 septembre ;
A Montpellier, le 19 septembre ;
A Toulouse, le 23 septembre ;
A Bordeaux, le 27 septembre ;
A Rennes, le 2 octobre.

Sont admis à concourir pour les emplois d'élèves en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences, complets ou restreints;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

Quatorze inscriptions d'École préparatoire seront acceptées pour douze inscriptions de faculté.

— *Médecins du bureau central.* — A la suite du dernier concours, MM. Legroux, Rendu et Gouraud ont été nommés médecins du bureau central.

— *Concours pour le bureau central.* — Voici le nom des juges désignés par le sort pour le concours pour trois places de médecin du bureau central, qui a commencé le 4 juin. Ce sont MM. Oulmont, Matice, Empis, Hardy, Molland, Guyot, Olivier, Vulpian, Charcot, M. Raynaud, Jaccoud, Potain, Richet, Lefort et Marjolin.

— *Visite au ministre de l'instruction publique.* — Lundi dernier, le nouveau ministre de l'instruction publique a reçu officiellement la Faculté de médecine, à qui il a promis son concours le plus dévoué. Nous le souhaitons.

— *Nouveau Journal.* — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, revue mensuelle consacrée spécialement aux travaux d'histologie animale et végétale ainsi qu'aux questions d'optique théorique et pratique relatives au microscope. Ce journal paraîtra en fascicules de 32 à 64 pages, avec figures dans le texte et planches noires ou coloriées, au prix de 25 francs par an. Il est publié sous la direction du Dr J. Pelletan et a pour titre *Journal de micrographie*. Nous souhaitons tout le succès possible à cette publication qui manquait à notre littérature médicale.

— *Mortalité à Paris.* — Dans la semaine finissant le 31 mai sur 1,987,748 habitants, on a constaté 925 décès, soit 71 moins que la semaine précédente. La mortalité du croup et de l'angine couenneuse s'est élevée de 41 à 45; il y a eu une très-légère recrudescence de fièvre typhoïde, 21 décès au lieu de 14; mais une notable diminution de la bronchite et de la pneumonie. Les décès se répartissent ainsi : 675 à domicile, 250 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

VIN DU DOCTEUR CLERTAN

Phosphaté, Reconstituant

au pyrophosphate de fer et de manganèse

Les effets de cette préparation sont immédiats chez les personnes d'une constitution languissante ou affaiblies par des excès de toute nature. — Son usage est recommandé aux vieillards, aux enfants, aux nourrices. — C'est le plus héroïque des moyens à opposer au diabète. — C'est aussi un puissant prophylactique de la phthisie tuberculeuse et des maladies du système osseux.

Prix de la Bouteille : 3 fr. 50

NÉVROSES

Epilepsie, Chorée, Hypochondrie, Vertige, Insomnie

—

SIROP COLLAS

au bromure double

de POTASSIUM et de LITHIUM

Dose : 2 ou 3 cuillerées par jour.

Prix du flacon : 4 francs.

Le plus puissant de tous les sédatifs dans le traitement des affections nerveuses.

DIATHÈSE URIQUE

Gravelle, Coliques néphrétiques et hépatiques

Goutte, Diabète, Albuminurie

—

PILULES COLLAS

au BROMURE de LITHIUM

Dose : 4 ou 6 pilules par jour

Prix du flacon de 40 pilules : 5 francs.

Le bromure de lithium neutralise l'acide urique dans la proportion de 1 gr. de bromure pour 4 gr. d'acide. C'est le plus puissant modificateur de la diathèse urique. Il guérit rapidement la Goutte, la Gravelle, le Rhumatisme et le Diabète qui sont la conséquence de cette diathèse.

Le bromure de lithium est un médicament à double effet, qui agit tout à la fois comme bromure et comme sel de lithine. Comme bromure, il est le plus puissant de tous, puisqu'il contient 91,95 pour 100 de brome ; il exerce une puissante action sédative dans les maladies nerveuses ; et comme sel de lithine, il a une influence considérable dans les manifestations de la diathèse urique, puisqu'une partie de lithine neutralise quatre parties d'acide urique.

Dépôt : Pharmacie Collas, 8, rue Dauphine, PARIS

CHLOROSE, ANÉMIE

PILULES ET SIROP FAVROT

au pyrophosphate de fer et de manganèse

CE SEL NE CONSTIPE PAS

Solubilité complète. · Assimilation facile. — Saveur agréable. — Pas de constipation ni d'action sur les dents. — Il contient les éléments principaux du sang et des os. — Son action est héroïque chez les enfants débiles, les convalescents, dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, de l'aménorrhée et de la leucorrhée. — Se vend sous forme de Sirop et de Pilules. — Prix : 3 fr.

CONSTIPATION ET MIGRAINE

PILULES DU Dr BONTIUS

Perfectionnées par FAVROT

Purgatif sûr, inoffensif, évacuant la bile et les glaires sans constipation ultérieure ; très utile contre les affections résultant d'un état humorique du sang, les congestions cérébrales, etc. ; augmentant l'appétit et régularisant les fonctions intestinales.

Dépôt Général

pharmacie FAVROT, 102, *rue de Richelieu,, à Paris, et dans toutes les pharmacies*

Troisième année. N° 24. 14 Juin 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES. 1. Ataxie locomotrice, notable amélioration par l'hydrothérapie. 2. Fissures à l'anus consécutives à un eczéma ancien. 3. Sur un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation, par M. le Dr Paquet. — III. DIVERS. — IV. INFORMATIONS, NOUVELLES.

Paris, 13 *juin* 1877.

— *Académie des sciences.* (28 mai). — M. Claude Bernard communique de nouvelles recherches sur la théorie glycogénique du foie que nous pouvons résumer ainsi :

1° La propriété glycogénique est inhérente au tissu du foie, comme toutes les autres propriétés physiologiques ou organiques sont inhérentes à leurs tissus respectifs.

2° Cette propriété glycogénique se manifeste pendant la vie et un certain temps après la mort, comme cela a lieu pour toutes les autres propriétés de tissus qui ne sont que le résultat d'une nutrition antérieure.

La séance du 4 juin a été consacrée à des questions de chimie et de géologie.

— *Académie de médecine* (5 juin). — La séance a été en partie remplie par des rapports et un comité secret. Notons cependant une lecture de M. Desprès sur un cas de corps étranger de la trachée, pour lequel il a pratiqué la trachéotomie avec le bistouri.

Le corps extrait est une paire de boucles d'oreilles en verre fondu. Il s'agissait d'un enfant de 4 ans et demi qui avait aspiré cet objet. M. Desprès appelle l'attention de l'Académie sur les signes des corps étrangers des voies aériennes. Ces accès ne sont pas de l'asphyxie simple, ils ont un cachet spécial ; c'est un accès d'asthme ; les inspirations sont sifflantes, hésitantes ; les expirations sont coupées et il y a des coups de toux qui ont le son que produit une soupape appliquée sur l'orifice qu'elle doit boucher, c'est le corps étranger qui vient frapper la glotte. Le bruit

Troisième année. N° 24. 14 Juin 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 13 juin 1877.

— *Académie des sciences.* (28 mai). — M. Claude Bernard communique de nouvelles recherches sur la théorie glycogénique du foie que nous pouvons résumer ainsi :

1° La propriété glycogénique est inhérente au tissu du foie, comme toutes les autres propriétés physiologiques ou organiques sont inhérentes à leurs tissus respectifs.

2° Cette propriété glycogénique se manifeste pendant la vie et un certain temps après la mort, comme cela a lieu pour toutes les autres propriétés de tissus qui ne sont que le résultat d'une nutrition antérieure.

La séance du 4 juin a été consacrée à des questions de chimie et de géologie.

— *Académie de médecine* (5 juin). — La séance a été en partie remplie par des rapports et un comité secret. Notons cependant une lecture de M. Desprès sur un cas de corps étranger de la trachée, pour lequel il a pratiqué la trachéotomie avec le bistouri.

Le corps extrait est une paire de boucles d'oreilles en verre fondu. Il s'agissait d'un enfant de 4 ans et demi qui avait aspiré cet objet. M. Desprès appelle l'attention de l'Académie sur les signes des corps étrangers des voies aériennes. Ces accès ne sont pas de l'asphyxie simple, ils ont un cachet spécial ; c'est un accès d'asthme ; les inspirations sont sifflantes, hésitantes ; les expirations sont coupées et il y a des coups de toux qui ont le son que produit une soupape appliquée sur l'orifice qu'elle doit boucher, c'est le corps étranger qui vient frapper la glotte. Le bruit

de drapeau ou de soupape existe donc seulement pendant les accès et est très-appréciable pendant la toux; on le cherche en vain en dehors des accès.

— *Société de chirurgie* (6 juin). — M. Desprès revient de nouveau sur la préférence qu'il y a à donner au bistouri dans l'opération de la trachéotomie et il donne plus de détails sur le jeune malade dont il a entretenu la veille l'Académie de médecine et dont nous parlons plus haut.

L'enfant avait des accès de suffocation; il était urgent d'agir avec rapidité, cependant M, Desprès a mis vingt minutes pour faire la trachéotomie et extraire le corps étranger. L'enfant fut couché sur un lit, la tête renversée en arrière; un aide fut chargé de le maintenir dans cette position. L'aponévrose cervicale moyenne étant incisée, M. Desprès est tombé sur le corps thyroïde qui avait près de deux centimètres de hauteur; c'est beaucoup pour un enfant de 6 ans. Au dessus il y avait deux veines volumineuses; l'une présentant le volume d'une plume de corbeau. M. Desprès fit l'opération comme il aurait fait une ligature d'artères; il chercha à séparer les deux lobes du corps thyroïde, et renonça à faire la trachéotomie sus-thyroïdienne car il n'aurait pu faire porter l'incision que sur deux anneaux; il fit la trachéotomie sous-thyroïdienne, ayant ainsi devant lui six anneaux de la trachée. Le fond de la plaie étant épongé et complètement à sec, il fit une incision suffisante pour laisser passer un corps étranger de 1 cent. 1/2 de longueur. Une quinte de toux amena ce corps étranger sur le bistouri. Une demi-heure après l'opération l'enfant parlait; le lendemain, la plaie de la trachée était réunie par première intention.

Il est évident que les autres procédés n'auraient pas donné des résultats aussi satisfaisants. Quant au thermocautère, M. Gillette qui a vu récemment le résultat d'une trachéotomie par ce procédé, s'en déclare peu partisan. Ce mode opératoire occasionne des pertes de substance considérables.

M. Guyon communique une observation de calculs chez la femme. En général le calcul n'est pas commun chez la femme et chez elle la lithotritie semble plus indiquée que la taille. Cependant M. Guyon vient d'avoir recours à ce dernier procédé. La malade avait 59 ans, souffrait depuis quel-

que temps, avait de la cystite. Le cathétérisme démontra que le calcul avait 4 centimètres dans tous les sens. Fallait-il opérer par la taille ou par la lithotritie ?

La vessie était relativement saine et le péritoine n'avai pas d'antécédents. Il n'y avait donc pas de contre-indication à des manœuvres répétées ; mais la lithotritie constitue un mode de traitement long. Chez la femme, la taille est une opération peu grave ; elle a, il est vrai, l'inconvénient d'exposer la femme à une fistule vésico-vaginale. Les opérations par l'urèthre sont beaucoup moins inoffensives, mais elles exposent à une incontinence d'urine qu'il n'est pas au pouvoir du chirurgien de guérir ; M. Guyon a cru devoir préférer la taille qui, au moins, entraîne des accidents auxquels on puisse remédier.

Le procédé auquel il a eu recours est celui de Vallet, d'Orléans. Plaçant la malade comme pour l'opération de la fistule, il fit une incision transversale de 3 à 4 centimètres à l'aide d'un catheter brisé dont la canelure se tourne en travers dans la vessie et fit la suture immédiate. Quelques jours après il enlevait les fils et la malade opérée le 25 avril était guérie le 7 mai. Jusqu'à ce jour, M. Guyon a opéré 5 femmes ; il a fait quatre fois la taille vaginale et une fois la dilatation ; dans les trois autres cas de taille vaginale il a eu deux guérisons, mais ces deux femmes, qui avaient déjà des fistules vésico-vaginales, n'ont pas accepté l'opération pour ces fistules et les ont conservées. La troisième malade a succombé ; c'était une jeune fille qui, deux ans auparavant, s'était introduit une épingle dans la vessie et qui, depuis cette époque, avait eu deux fois des accidents urineux. Chez cette jeune fille, M. Guyon a fait une séance de lithotritie qui fut immédiatement suivie des accidents les plus graves ; il a fait alors la taille mais sans tenter une réunion immédiate, la jeune fille mourut néanmoins. Dans le cas où il a fait la dilatation, la malade, qui avait déjà eu des pelvi-péritonites graves, eut une nouvelle poussée de péritonite et succomba.

La statistique fait voir que le pronostic est grave quand il y a des altérations viscérales, ce qui peut être une contre-indication.

La *Société médicale des hôpitaux* (8 juin) a été occupée par la présentation de quelques pièces anatomiques d'affec-

tions cardiaques, par une lecture de M. Hayem sur les anémies ou aglobulies qui sont des altérations qualitatives et quantitatives des globules rouges, d'où résulte dans tous les cas où la lésion acquiert une certaine intensité un défaut de proportionnalité entre le chiffre réel des globules et la quantité d'hémoglobine exprimée en globules sains. Ce défaut de rapport est presque toujours plus prononcé dans les anémies moyennes que dans les anémies extrêmes, parce qu'en général les dimensions de globules altérés sont en raison inverse de leur nombre.

M. Féréol, l'un des partisans des bains froids dans le traitement des fièvres typhoïdes ataxiques et du rhumatisme cérébral, est venu lire une nouvelle observation de rhumatisme cérébral chez une jeune femme de 27 ans, présentant les phénomènes cérébraux les plus graves et qui a guéri à l'aide de sept bains froids en 24 heures et du bromure de potassium.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Ataxie locomotrice, notable amélioration par l'hydrothérapie.

L'ataxie locomotrice est encore une de ces affections qui ne pardonnent guère, dégénérant presque toujours, après des rémissions passagères, en une paralysie générale. C'est, on le sait, Duchenne (de Boulogne) qui, le premier, a attiré l'attention sur les accidents qui la caractérisent. Elle a été, pour lui, l'occasion de nombreuses expériences électro-pathologiques. Les mémoires qu'il y a consacrés resteront certainement dans la science. M. Baillarger, après lui, a cherché à établir les liens qui rattachent l'ataxie locomotrice à la paralysie générale; tandis que plus tard et de nos jours, les recherches poursuivies par MM. Jaccoud et Charcot ont complété les données de son histoire; en sorte qu'on peut dire qu'elle est désormais en la possession des savants et des praticiens.

M. Duchenne (de Boulogne) avait particulièrement confiance dans l'hydrothérapie. Il avait seulement le tort de redouter pour son application les saisons rigoureuses qui, nous ne cessons de l'établir, ne préjudicient en aucune façon à son efficacité.

Parmi les malades assez nombreux que ce confrère regretté a

eu la bonté de nous adresser, la personne qui fait l'objet de l'observation suivante a éprouvé un changement inespéré qui mérite qu'on la signale. M. X..., rentier, âgé de 42 ans, nous est arrivé le 2 mai 1869. Il est marié et père de famille. Jusqu'à 30 ans, sa santé n'avait souffert aucune atteinte, c'est à partir de cette époque que se manifestèrent les symptômes de sa cruelle maladie. Un rhumatisme articulaire le retint deux mois au lit. Il ne s'en remit que très-imparfaitement. De temps en temps, assailli par des douleurs erratiques et diffuses, il était devenu anxieux et morose, lorsque l'année d'après il fut obligé de garder le lit pour une sciatique violente.

Toutefois, quatre années se passèrent sans crises notables; ayant fait alors une chute grave sur les reins, il s'ensuivit un lombago qui, après de fréquentes exacerbations, finit par s'affaiblir au point que le malade se flattait d'en être délivré. Il atteignait sa 40e année, son bien-être dura peu. Vers le mois d'octobre 1868, il commença à ressentir de la faiblesse dans les jambes. Il chancelait en marchant. A cette débilité, se joignirent bientôt des élancements douloureux et comme des soubresauts électriques. Un appui lui était nécessaire pour maintenir l'équilibre. L'intensité des douleurs fulgurantes le privait de sommeil. Des applications d'électricité répétées le matin et le soir n'amenèrent point de modifications.

C'est en cet état presque désespéré que Duchenne conçut la pensée d'avoir coïncidemment recours à l'hydrothérapie. Les deux ordres de moyens furent simultanément mis en usage. Dans l'espace de trois mois, M. X... obtint de ne plus souffrir et de pouvoir marcher seul avec une canne.

Pour le traitement hydrothérapique, voici en quoi il consista. Une faible douche en pluie de 8 à 10 secondes avec de l'eau à 8°, suivie d'un autre en jet brisé à même température, d'une demi-minute, dirigée principalement sur les reins et les jambes. Au bout de huit jours, nous ajoutâmes, pendant trois semaines, une transpiration quotidienne à l'étuve sèche. Elle était faible, nous en augmentames ensuite la force et notre malade s'en trouva si bien qu'il put nous quitter le 2 août et reprendre avec ménagement ses habitudes. En ce moment, nous soumettons au même traitement un autre ataxique que visitent conjointement MM. les docteurs Charcot et Calvo aîné. Puissions-nous réaliser un pareil succès?

Emile Duval, médecin en chef de l'Établissement hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, à Paris

Fissures à l'anus consécutives à un eczéma ancien.

M. le professeur Gosselin appelait dernièrement l'attention de ses élèves sur une malade se plaignant de douleurs très-vives, comparables à des piqûres d'épingle et se manifestant à l'anus, après les selles. Ni constipation, ni écoulement leucorrhéique. Pendant le sommeil anesthésique, il explora le rectum pour savoir s'il y avait des fissures simples ordinaires, ou une contracture violente ou bien quelque condylome, suite d'un chancre. Il n'y avait ni hémorrhoïdes, ni plaques muqueuses, ni aucune trace de syphilis ; mais il existait sur le pourtour de l'anus quatre ou cinq érosions, non élevées, comme le sont les chancres en voie de destruction, rouges, granulées, vermeilles, semblables à des chancres en voie de réparation. Ces lésions paraissaient être les mêmes que celles que l'on rencontre à la suite d'une constipation très-opiniâtre, et avoir été déterminées par le passage d'un bol fécal très-dense, comme cela se voit fréquemment chez les femmes qui ont la peau très-mince, bien qu'il soit plus commun de n'observer qu'une seule fissure, deux au plus, et non cinq ou six, comme c'est le cas chez cette malade.

Ces solutions de continuité étaient multiples, mais au lieu d'être allongées, d'occuper la partie extérieure de l'anus et de se continuer dans l'intérieur du rectum, en un mot, de présenter les caractères classiques des fissures, elles sont arrondies, et ne remontaient dans l'intestin que jusqu'à une très-petite hauteur. Il n'y avait pas non plus la contracture du sphincter qui accompagne fréquemment ces lésions. Il est vrai que la malade n'avait été examinée qu'endormie ; mais ordinairement la contracture persiste assez, pendant le sommeil anesthésique, pour offrir une certaine résistance à l'introduction du doigt dans le rectum. Ici, au contraire, M. Gosselin avait noté un relâchement assez notable du sphincter, et à tel point même qu'il avait pu pratiquer la dilatation forcée sans la moindre difficulté.

En résumé, il existait, chez cette malade, des érosions multiples, en voie de réparation, sans condylomes, ni contracture très-prononcée du sphincter anal. Tout autour de ces érosions, la peau présentait une coloration grisâtre, était épaissie, et ressemblait par ces caractères à une de ces maladies de l'anus décrites, avec détails, par M. Gosselin, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, sous le nom d'érythème et d'eczéma de l'anus, lesquels s'accompagnent parfois de gerçures très-douloureuses, mais non de fissure proprement dite.

Pour toutes ces raisons, le diagnostic fut : *érosions multiples liées à un eczéma ancien* et probablement causées par les ongles

sous l'influence de l'irritation qui suit la démangeaison à laquelle cette maladie donne lieu.

M. Gosselin a été sur le point de ne pas pratiquer la dilatation forcée chez cette malade. Mais comme, en général, quand l'anus est douloureux, soit pendant, ou plus ou moins longtemps après la défécation, c'est toujours une chose utile que de faciliter la sortie des matières fécales en agrandissant le passage qu'elles doivent traverser; il crut, par cette manœuvre, arriver à calmer les douleurs.

Mais d'autre part, ne se dissimulant pas que les érosions ne se cicatriseraient sans doute pas après la simple dilatation forcée, telle que l'ont conseillée Récamier et Monod pour les fissures ordinaires, et qu'il serait nécessaire de diriger contre elle un traitement spécial, M. Gosselin eut recours à l'introduction dans le rectum de petites mèches de charpie enduites de pommade de ratanhia et dont les brins furent appliqués sur la solution de continuité, et les surfaces excoriées furent séparées par un peu de poudre de riz ou d'amidon.

Sur un nouveau mode de pansement des plaies d'amputation, par M. le Dr Paquet, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

Les médecins de Bordeaux viennent de faire connaître leur mode de pansement des plaies d'amputation, mode qui leur a donné des succès inespérés et que nous avons reproduit dans le n° 22 du *Paris-médical*. M. le professeur Paquet (de Lille) a publié dans le *Bulletin médical du Nord* un procédé qui participe à la fois de la réunion par première intention, du pansement par occlusion et du pansement par drainage, et que nous croyons utile de reproduire ici d'après les indications de M. Paquet.

On attend quelques moments après l'amputation pour voir si l'hémorrhagie ne se produit pas, on nettoie la plaie et on essuie les téguments de manière à les rendre le plus secs possible. Puis on fait sur la face postérieure du membre, jusqu'à 18 centimètres au-dessus de la plaie, des traînées du collodion le plus agglutinatif. Sur chacune de ces traînées longitudinales et larges à peu près de 1 centimètre, on fixe l'un à côté de l'autre des lacets de corset en coton, dont on étire la trame afin qu'ils s'imbibent plus facilement de collodion. Les lacets, en nombre voulu selon le volume du membre, doivent être adhérents aux téguments de la surface postérieure sur une longueur de 10 centimètres et libres à 2 millimètres au-dessus des bords de la plaie ; ils dépasseront également la plaie d'une longueur de 10 centimètres au moins

pour pouvoir être fixés solidement sur les téguments de la surface antérieure. Ils doivent être juxtaposés, parallèles à eux-mêmes et perpendiculaires aux lèvres de la plaie.

Les lacets étant fixés, on fait sur toute la surface postérieure une couche de collodion élastique ou riciné et l'on procède à la réunion. Pendant qu'un aide tient les bords de la plaie rapprochés, le chirurgien exerce les tractions légères et continues sur le premier lacet de la surface postérieure du membre et le fixe aux téguments de la surface antérieure au moyen du collodion agglutinatif. Il place dans la plaie, au-dessus et à côté du premier lacet, à la profondeur de 1 centimètre, un drain long de 3 centimètres, dont l'orifice extérieur est fermé à volonté au moyen d'un robinet. Puis il fixe de la même manière les deuxième, troisième et quatrième lacets, après les avoir repliés sur la surface antérieure. A la partie la plus déclive, on a soin de poser un deuxième drain muni de robinet, et les fils de ligature, ou bien, si on a recours à la forcipressure, la pince qui assure l'oblitération de l'artère.

Après avoir achevé les sutures au moyen de lacets, posé les drains et réuni les fils de ligature à la partie la plus déclive, on étend, sur le moignon et les lacets, de nombreuses couches de collodion riciné jusqu'à ce que l'épaisseur de l'enveloppe soit suffisante. On a également soin de bien entourer le collodion, au niveau de la plaie, les drains et la pince à forcipressure, afin de s'opposer le plus possible à la pénétration de l'air, et de fixer solidement au moignon les accessoires du pansement.

On a formé, par ce badigeonnage au collodion riciné, une coque assez résistante qui entoure le membre complétement et favorise immédiatement, après l'opération, le dégorgement sanguin.

Cette enveloppe est cependant assez extensible pour qu'on n'ait pas à craindre l'étranglement quand apparaît la tuméfaction du moignon, avant-coureur de la suppuration. Du reste, l'étranglement n'est à redouter que si la compression est linéaire, annulaire, au lieu d'être répartie sur une large surface.

Le pansement étant complétement sec, on enveloppe le moignon d'un feuillet de ouate maintenu par un triangle de linge.

Les deux drains munis de robinets posés dans la plaie servent à prévenir la rétention des liquides du fond de la plaie et la distension douloureuse qui pourrait en être la conséquence. On peut aussi, sans défaire le pansement, faire des injections et des irrigations ; on peut, à l'exemple de plusieurs chirurgiens, faire des injections de glycérine pour prévenir l'infection purulente.

Le pansement est levé au bout de douze jours ; la cicatrisation est alors obtenue ; il ne reste à fermer que deux trajets fistuleux à l'endroit même où les drains sont placés, et dont la cicatrisation consécutive est facile à obtenir.

DIVERS

— **Chancre syphilique de la région du cou** — Si le diagnostic du chancre présente, en général, peu de difficultés quand il siége aux parties génitales externes, aux régions anales ou buccales il n'en est pas toujours ainsi quand il occupe certaines autres régions, et s'il est méconnu, il peut en résulter de graves erreurs et une intoxication syphilitique. Nous empruntons les deux observations suivantes à la pratique de M. Alfred Fournier, observavations qui sont relatées dans les *Annales de dermatologie et de syphilis.*.

Observation I. — Jeune homme de 22 ans, non syphilitique, se croyant atteint d'un « furoncle au cou. » Ce prétendu furoncle datait déjà de trois à quatre semaines et semblait ne pouvoir aboutir à se fermer. La cause en était bien évidente, puisque le malade avouait qu'il s'était produit juste en un point qui, quelque temps auparavant, « avait été mordu dans un transport amoureux par une femme assez suspecte. » L'examen permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un chancre et non d'un furoncle. Là lésion qui siégeait sur la partie latérale du cou, à cinq ou six centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, consistait en une érosion ovalaire, de la largeur de l'ongle, papuleuse, à bords élevés, à fond rouge, de teinte chair musculaire, à base fortement résistante et offrant au doigt cette dureté sèche, chondroïde, qu'il est impossible de confondre avec la dureté inflammatoire. La présence, à quelques centimètres au-dessous de la lésion, d'un ganglion gros comme uue noisette, dur, indolent, aphlegmasique, fit que le Dr Fournier formula son diagnostic de « chancre induré. » Le diagnostic ne tarda pas à se confirmer par le développement des accidents secondaires : roséole papuleuse, douleur de gorge, adénopathie, croûtes du cuir chevelu, plaques muqueuses de la cavité buccale.

Observation II. — La malade est une jeune fille qui consulta M. le Dr Blachez pour un « bouton du cou » qui datait de quelques semaines et tardait à se cicatriser. Ce prétendu bouton était un type accompli de chancre syphilitique.

Au niveau de la moitié droite du cou, latéralement et à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale environ, existait une érosion ovalaire de forme, à grand diamètre horizontal, offrant les dimensions de l'ongle. Bords exhaussés, fond lisse, verni, teinte blanc grisâtre, lardacée vers les parties centrales, induration parcheminée. Dans le voisinage existait un ganglion engorgé, dur, indolent, aphlegmasique.

Nul phénomène de syphilis secondaire, vulve saine. En présence de ces symptômes, le diagnostic de chancre syphilitique fut porté par les Drs Blachez et Fournier; les réticences et les dénégations de la malade à toutes les questions ne permirent pas d'élucider le siége insolite de ce chancre. Quelques semaines plus tard, plaques muqueuses sur les grandes lèvres et les amygdales.

— Formation de sublimé corrosif dans un mélange de calomel et de sucre. — Si le calomel est un purgatif précieux, fort utile et fort commode, surtout dans la médecine des enfants, le praticien ne doit pas perdre de vue que ce médicament peut se changer en bichlorure et devenir ainsi un poison violent. Il est donc nécessaire de ne pas l'associer aux substances qui peuvent donner lieu à la formation de ce nouveau sel.

Quand le calomel en poudre est mis au contact du sucre blanc pulvérisé ou de la magnésie, il se forme en vingt-quatre heures une certaine quantité de sublimé corrosif.

D'après l'*Osservatore med. siciliano* (nos 1-2, 1877), le Dr Polk a constaté tous les effets d'un empoisonnement par le sublimé corrosif produit par l'administration d'un mélange de calomel et de sucre préparé depuis un mois. L'examen d'un reste de ce mélange a permis de constater la présence d'une notable quantité de bichlorure de mercure.

Dans le journal de pharmacie et de chimie de Turin, nov. 1875, le même fait se trouve consigné. Ici ce sont des pastilles à base de calomel qui déterminent l'empoisonnement. Les pastilles, en effet, contiennent du sucre, qui, comme matière organique, agit sur le calomel et le transforme en bichlorure de mercure. La proportion de sublimé est en raison du temps depuis lequel ces pastilles sont préparées.

D'un autre côté, Carlo Bernadi, pharmacien à Milan (*Bulletin farm. di Pietro Viscardi*, oct. 1876), a fait de nombreuses expériences et a pensé qu'il pouvait conclure qu'il fallait attribuer l'empoisonnement non pas à la formation de sublimé corrosif, mais à l'impureté du calomel employé. Il résulte de ces faits qu'il faut être circonspect dans l'emploi de pastilles de calomel. Le calomel peut-être facilement employé sous une autre forme que celle des pastilles.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Concours pour le bureau central*— Les candidats inscrits pour les trois places de médecins au Bureau central sont au nombre de trente. Ce sont MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Gingeot, Gouguenheim, Hallopeau, Hanot, Hirtz, Homolle, Huchard, Joffroy, Laborde, Lacombe, Labadie-Lagrave, Landouzy, Landrieux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathery, Raymond, Renault, Roques, Ruck, Sanné, Schweich, Sevestre, Tenneton, Troisier.

— *Récompenses aux médecins des eaux minérales.* — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le Ministre de l'agriculture et du commerce vient d'accorder les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales de la France, pendant l'année 1874.

Médaille d'or — M. le Dr Lebret, médecin inspecteur honoraire des eaux de Baréges.

Médailles d'argent. — M. Debout-d'Estrée, médecin inspecteur des eaux minérales de Contrexéville (Vosges) ; M. le Dr E. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger ; M. Maret, médecin consultant aux eaux minérales de Bagnères-de Luchon (Haute-Garonne).

Rappel de médailles d'argent. — M. Vidal, médecin inspecteur des eaux minérales d'Aix (Savoie) ; M. Massie, médecin inspecteur des eaux de Dax, Tercis et Saubuse (Landes) ; M. Verjon, médecin inspecteur des eaux minérales de Plombières (Vosges) ; M. Dillot, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau (Basses-Pyrénées) ; M. Arrat-Balous, médecin inspecteur des eaux d'Eugénie-les-Bains (Landes) ; M. Patézon, médecin inspecteur des eaux minérales de Vittel (Vosges) ; M. Mullet, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de l'armée.

Médailles de bronze. — M. Boudant, médecin inspecteur-adjoint des eaux du mont Dore (Puy-de-Dôme) ; M. le Dr Dubuc, suppléant du médecin inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége) ; M. Pupier, médecin consultant aux eaux de Vichy (Allier) ; M. Planche, médecin consultant aux eaux de Sylvanès, Andabre, etc. (Aveyron) ; M. Dubois, médecin-major à l'hôpital militaire d'Hamman-Mescoutin (Algérie) ; M. Challan, médecin-major.

— *Avis aux candidats à l'Ecole de service de santé militaire.* — Nous avons indiqué, dans le précédent numéro, la date des con-

cours pour ce service; nous répondons à la demande qui a été faite, en rappelant aux candidats les formalités préliminaires.

Les candidats auront à requérir leur inscription à leur choix sur une liste qui sera ouverte à ce effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les Intendants militaires en résidence dans les localités indiquées dans le n° 23. La clôture de cette liste aura lieu dans chaque ville cinq jours avant l'ouverture du concours dans cette localité.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire, dans la forme ci-dessus indiquée;

3° Un certificat délivré par le service de recrutement indiquant sa situation au point de vue militaire;

4° Les diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint, s'il est candidat en médecine sans inscriptions, et poùr les concurrents à 4, 8 et 12 inscriptions, les certificats d'examen de fin d'année où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens;

Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves;

5° S'il a moins de 12 inscriptions valables pour le doctorat, l'indication de la ville ou il désire faire ses études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, s'il y a lieu, sa commission d'élève du service de santé.

Forme et nature des épreuves. — *Concours en médecine* : Candidats sans inscription ou n'ayant pas passé le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle; 2° Interrogations sur la physique et la chimie, d'après le programme des connaissances exigées pour le baccalauréat ès-sciences restreint.

Candidats à 4 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le premier examen de fin d'année : 1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale et de physiologie élémentaire; 2° Interrogation sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes à la science médicale; 3° Interrogations sur l'ostéologie, les articulations et la myologie.

Candidats à 8 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le deuxième examen de fin d'année : 1° Composition sur une question de physiologie; 2° Interrogation sur l'anatomie descriptive et sur la physiologie.

Candidats à 12 inscriptions au moins, ayant passé avec succès le troisième examen de fin d'année devant une Faculté ou une

école de plein exercice : 1° Composition sur une question de pathologie génerale ; 2° Interrogations sur la pathologie interne et la pathologie exerne ; 3° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Dispositions générales. — Les élèves du service de santé militaire qui auront moins de 12 inscriptions en médecine seront dirigés chacun sur celle des douze villes ci-dessus mentionnées qu'il aura choisie pour y faire ses études.

Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront, suivant leur spécialité et le degré d'avancement de leurs études, à l'exécution du service ; en même temps, ils suivront les cours et travaux de la Faculté de médecine, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune indemnité ni subvention. Ils auront donc à pourvoir, au moyen de leurs propres ressources, aux frais d'entretien, de nourriture et de logement, ainsi qu'à l'achat des livres et instruments nécessaires à leurs études. Toutefois, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle fixée à 1,200 fr. par an à Paris, 1,000 à Lyon et à Marseille, et 800 fr. dans les autres villes que celles ci-dessus désignées.

Cette faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit.

Les élèves du service de santé qui seront en possession de 12 inscriptions pour le doctorat seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce ; inscrits à la Faculté de médecine, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens de doctorat.

Pendant la première année de séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat qui seront subis dans l'ordre déterminé par le décret du 28 juillet 1860. Après la seizième inscription en médecine, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse. Toutes ces épreuves devront être terminées avant le 1er mai, époque ou commencera le stage proprement dit, qui finira au mois de septembre.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide (2,500 fr. par an ; dès que chacun d'eux aura obtenu le titre de docteur, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire lui sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé,

les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme, seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'élève. Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité qui auront été payés pour son compte et de l'indemnité de première mise d'équipement qui lui aura été allouée à l'école du Val-de-Grâce. Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

— *Cours spécialement destiné aux sages-femmes sur l'hygiène des nourrissons.* — M. le Dr Brochard commencera ce cours *public* et *gratuit* le mercredi 20 juin, à 4 heures, et le continuera les mercredis suivants, 46, rue de Babylone.

— *Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.* — Les Membres du Conseil municipal, considérant que la pratique des accouchements et le traitement des accidents qui les accompagnent souvent, lesquels nécessitent des opérations en général difficiles et laborieuses, exigent des connaissances véritablement spéciales; que dans l'état actuel de l'organisation des hôpitaux, les salles destinées aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices font partie des services ordinaires de médecine consacrés aux maladies aiguës dont l'examen absorbe presque toute la durée de la visite des médecins, ont émis le vœu :

1° Que l'administration de l'assistance publique institue des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices;

2° Que ces services soient confiés à des médecins accoucheurs, de même que les services de médecine sont confiés à des médecins et les services de chirurgie à des chirurgiens;

3° Que les médecins-accoucheurs soient nommés par un concours imposant aux candidats des connaissances générales et spéciales.

Nous avons besoin de beaucoup de réformes dans notre service hospitalier. Cette proposition du Conseil municipal de Paris n'a pas besoin de commentaires. Aussi nous bornons-nous à l'enregistrer

— *Bibliothèque de la Faculté.* — Voici une utile innovation. Jusqu'ici les fascicules des journaux, publications périodiques, n'étaient pas communiqués aux travailleurs au fur et à mesure de leur apparition ; on les mettait soigneusement de côté pour être réunis au bout de l'année, pour être reliés, et c'est seulement en cet état que les étudiants en médecine pouvaient les consulter ; c'est-à-dire que les publications périodiques perdaient le côté particulier de leur intérêt : l'actualité. A cette heure, il n'en est plus ainsi. Les fascicules, glissés dans des cartons ou portefeuilles sur le plat desquels se trouve indiqué le titre du journal, et protégés ainsi contre les lacérations, les déchirures, les maculations, etc., sont largement mis à la disposition des lecteurs ; ils sont placés sur une table spéciale, où chacun peut les consulter à sa guise. Il y a maintenant 28 journaux, français ou étrangers, disposés ainsi. Nous espérons que le nouveau bibliothécaire M. Chereau ne s'arrêtera pas à ce nombre, relativement restreint, et qu'il appliquera l'excellente mesure dont il est l'instigateur à d'autres publications périodiques du plus grand intérêt.

—M. le Dr H. Picard, commencera, le mardi, 19 juin, à 4 heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit, sur les maladies de l'appareil urinaire, qu'il continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera d'abord de l'affection calculeuse. Les élèves seront exercés à l'analyse chimique et microscopique des urines.

— *Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen.* — Un concours sera ouvert le 20 novembre pour un emploi de chef des travaux anatomiques à cette école.

— *Mortalité de Paris.* — Dans la semaine, finissant le 7 juin, sur une population de 1,987,748 habitants, on a constaté 918 décès, dont 686 à domicile et 233 dans les hôpitaux ; 7 décès de moins que la semaine précédente. État stationnaire des affections diphthéritiques, diminution de la fièvre typhoïde (12 décès au lieu de 21).

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 25. 21 Juin 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 20 *juin* 1877.

— *Académie des sciences.* — M. Bert a annoncé, il y a quelques années, que l'*oxygène à haute tension détermine rapidement la mort de tous les êtres vivants* ou, pour aller de suite au fond des choses, de tous les éléments anatomiques, qu'ils soient isolés, comme il arrive pour les corpuscules du sang et les êtres microscopiques, ou groupés en tissus constitutifs d'organes complexes. Portant spécialement son attention sur les phénomènes si divers, désignés sous le nom de *fermentation*, il a établi que toutes celles dont la condition d'apparition est la présence d'un être vivant (putréfaction, acétification du vin, fermentation alcoolique, etc.) sont arrêtées définitivement par l'action, même transitoire, de l'oxygène comprimé, tandis que les fermentations dues à l'action d'une matière dissoute (diastase, pancréatine, myrosine, émulsine, etc.) résistent parfaitement à cette influence.

Cette méthode nouvelle d'analyse, ajoutait-il dans son dernier Mémoire, pourra être utilement appliquée à l'étude de problèmes qui divisent encore les physiologistes. Le sang charbonneux, le sang des maladies infectieuses, les liquides pathologiques, les virus, les venins, doivent-ils leur action à des corpuscules analogues aux vrais ferments, ou à une altération des liquides agissant à la manière d'un ferment diastasique? Les résultats constatés après le séjour dans l'air comprimé devront apporter sur cette question des lumières nouvelles.

Voici quelques-uns de ces résultats dont M. Bert a entretenu l'Académie :

Venin du scorpion. — Ce venin, soit liquide, soit desséché et redissous dans l'eau, résiste parfaitement à l'action de l'oxygène comprimé. On sait, du reste, que les venins doivent leur action à des substances chimiques comparables aux alcaloïdes des végétaux.

Vaccin et morve. — Du liquide vaccinal frais, soumis pendant plus d'une semaine à l'influence de l'oxygène aux plus hautes tensions (correspondant à environ 50 atmosphères d'air), avait gardé toute sa vertu. De même du pus morveux placé dans des conditions semblables a tué rapidement les chevaux auxquels on l'a inoculé. Il y a plus, l'oxygène comprimé ayant tué les agents vivants qui les auraient faits se putréfier, ces virus ont pu être conservés en pleine activité pendant un temps très-long, au milieu des chaleurs de l'été.

Donc ni la morve ni le vaccin ne doivent leurs propriétés virulentes à des êtres vivants ou à des cellules vivantes ; il y a là une matière qui se rapproche, par ce caractère, des substances diastasiques.

Cette conclusion ne semble pas à M. Bert du tout en contradiction avec les expériences par lesquelles M. Chauveau a montré que l'action virulente des liquides vaccinal et morveux réside dans les corpuscules qu'on y voit suspendus. Il se peut que la matière toxique soit en effet en état particulier de précipitation ; il se peut encore que, bien que dissoute, elle imprègne exclusivement ces petits corps, comme l'hématocristalline du sang, si soluble dans le sérum, se fixe cependant exclusivement sur les globules. Mais il est certain que ces corpuscules, véhicules de la virulence, ne sont pas des êtres vivants et ne se comportent pas comme tels dans les organismes où ils sont inoculés.

Charbon ou sang de rate. — Les travaux de M. Davaine ont fait accepter généralement par les pathologistes l'idée que le charbon est dû au développement dans le sang de myriades de petits êtres désignés sous le nom de *bactéridies* : il y aurait là une sorte de maladie microparasitaire, ou mieux, une sorte de fermentation intra-sanguine, déterminant la mort.

Mais l'emploi de l'oxygène comprimé ne semble pas venir à l'appui de cette manière de voir. En effet, du sang charbonneux, soumis en couche très-mince à de très-hautes

tensions d'oxygène, avait conservé sa virulence, qui se manifestait par la mort, pendant plusieurs générations successives des cochons d'Inde inoculés. Or le sang de ces animaux ne contenait plus de bactéridies.

Mais, avant de poser des conclusions en une matière qui a été et est encore l'objet de controverses, M. Bert a voulu essayer d'une méthode toute différente, et voici l'expérience qu'il a instituée :

Du sang charbonneux chargé de bactéridies lui ayant été envoyé par M. Trasbot, professeur à l'école d'Alfort, il additionna goutte à goutte, et avec précaution, l'alcool absolu, jusqu'a quadrupler environ le volume du liquide primitif; filtrant l'espèce de bouillie ainsi obtenue, il fit dessécher rapidement dans le vide le coagulum bien lavé à l'alcool. Or, un fragment de cette matière sèche, introduit sous la peau d'un cochon d'Inde, le tua en moins d'un jour; le sang de cet animal fit périr de même un autre cochon d'Inde et même un chien, et cette virulence manifeste fut suivie pendant plusieurs générations consécutives, le cochon d'Inde servant, pour ainsi dire, de terrain de culture pour le virus, et le chien, beaucoup plus résistant, de réactif pour ce virus: or, le sang virulent ne contenait plus de bactéridies depuis l'animal intoxiqué par le précipité alcoolique.

M. Bert est allé plus loin : le précipité alcoolique étant repris et épuisé par l'eau, il s'est assuré que ce liquide entraîne en dissolution le principe virulent qu'on peut encore précipiter sous forme de flocons blancs, très-légers, par une nouvelle addition d'alcool. Mais il faut avouer que ces traitements successifs semblent diminuer son intensité, car le dernier précipité s'est montré incapable de tuer les chiens, et les cochons d'Inde eux-mêmes ne sont morts que pendant trois générations successives.

« Il serait, je crois, dit M. Bert, prématuré de conclure de ces expériences autre chose que ceci : il existe dans le sang charbonneux un principe toxique et virulent qui résiste à l'action de l'oxygène comprimé et de l'alcool, et qui peut être isolé à la façon des diastases. C'est là le fait dominant sur lequel je désire appeler aujourd'hui l'attention. Maintenant cette dernière serait-elle, quand on considère le sang charbonneux intact, condensée sur les bactéridies

elles-mêmes? Aurait-elle été formée au début, sécrétée, pour ainsi dire, par les bactéridies, et jouirait-elle alors d'une propriété inconnue jusqu'ici pour les produits de sécrétion, celle de se communiquer dans les corps vivants? Sa virulence serait-elle autre chose que celle des bactéridies, de telle sorte que le sang charbonneux recélerait deux causes de mort? Ce sont là autant de questions dont je poursuis l'étude. Je voulais même attendre, pour présenter mes expériences à l'Académie, d'y voir un peu plus clair parmi ces obscurités; mais mon éminent maître, M. Pasteur, m'ayant fait l'honneur de citer des résultats très-sommairement rapportés dans les *Comptes rendus* de la société de biologie, j'ai cru de mon devoir de les faire connaître avec quelques détails à l'Académie. »

L'Académie de médecine a été occupée par une élection dans la section de médecine opératoire en remplacement de Giraldès. Les candidats étaient nombreux; c'étaient MM. : Jules Rochard, Panas, Désormeaux, Desprès, Guyon, B. Anger. Au premier tour de scrutin, M. Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, auteur de l'Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle, a été élu par 43 voix, contre 13 données à M. Panas, 13 à M. Désormeaux, etc. La médecine de marine sera bien représentée à l'Académie.

M. Gueneau de Mussy a repris la discussion sur la fièvre typhoïde, pour répondre à M. Jaccoud. Avant d'entrer dans son sujet, M. Gueneau se défend de l'accusation d'anglophilie portée contre lui par M. Jaccoud et déclare ne pas vouloir rester davantage sur le terrain des personnalités. M. Gueneau de Mussy devant achever la lecture de sa réponse dans la prochaine séance, nous la résumerons dans le numéro suivant.

— *Société médicale des hôpitaux* (8 juin). — Poursuivant ses recherches sur le sang, recherches que nous résumerons en temps opportun, M. Hayem a communiqué à la Société un mémoire sur les différents degrés d'anémie ou d'aglobulie, caractérisés par des altérations qualitatives ou quantitatives des globules rouges, d'où résulte dans tous les cas, où la lésion acquiert une certaine intensité, un défaut de proportionnalité entre le chiffre réel des globules et la quantité d'hémoglobine exprimée en globules sains.

Tenant compte du nombre et des altérations des globules, M. Hayem établit quatre degrés d'aglobulie.

Quittant la question scientifique pour la question pratique, M. Féréol communique une observation de rhumatisme cérébral guéri par les bains froids. Quoique nous ne soyons pas bien partisan de cette méthode où le praticien s'expose à de grands mécomptes, méthode qui présente de trés-grandes difficultés d'administration, nous laissons la parole à M. Féréol qui enregistre un succès dans un cas désespéré.

Le 24 juillet 1876, il était appelé dans le service de M. Labbé auprès d'une femme de 27 ans atteinte de rhumatisme articulaire aigu depuis douze jours et chez laquelle des accidents cérébraux graves s'étaient déclarés quelques heures après une diminution très-marquée des fluxions articulaires. Cette femme était agonisante, d'une pâleur cadavérique, dans une résolution complète, avec respiration stertoreuse, pouls imperceptible, température vaginale 41,8, extrémités froides. La malade, complètement inanimée, fut placée dans un bain à 23° et y resta trente-cinq minutes, pendant lesquelles on promena de la glace sur la poitrine et on flagella les bras, les mains et les jambes pour y ramener la circulation. La malade restait absolument insensible à toutes ces manœuvres, et il fallait soutenir sa tête au-dessus de l'eau. La respiration devint moins stertoreuse, il n'y avait plus d'écume aux lèvres, la peau avait un peu rougi; après trente-cinq minutes, la malade fut replacée dans son lit, la température vaginale était tombée à 39,7. Bientôt apparut une phase convulsive qui alla en augmentant. A une heure fut donné un second bain d'une heure, pendant lequel on la maintint pour l'empêcher de tomber au fond de l'eau. Au sortir de ce bain, la face était cyanosée, la respiration haletante, la température vaginale à 36,9. A partir de ce moment, le danger de mort immédiate paraissait écarté. La nuit se passa dans une agitation convulsive, avec quelques moments de répit : on donna encore quatre bains (en tout sept), en dix-huit heures.

Le lendemain matin, M. Féréol trouva une amélioration réelle; la malade parlait, répondait juste et sans délire. On avait ajouté au traitement 6 grammes de bromure de potassium. Dans la journée du 25, les douleurs rhumatismales repa-

rurent aux articulations, avec un peu de fièvre (température 38,1), le surlendemain toute douleur avait disparu. La convalescence fut fort longue et l'agitation choréiforme persista. Le 30 juillet il y eut un retour des douleurs rhumatismales qui se généralisèrent les jours suivants. Cette fluxion articulaire dura une huitaine de jours et la malade quitta l'hôpital le 2 septembre, conservant toujours de l'incoordination des mouvements.

A côté de ce fait qui est un succès, M. Féréol en cite ou il a été moins heureux. L'an dernier il a eu recours avec avantage aux bains froids et au bromure de potassium dans un cas de délire alcoolique.

A *la Société de Chirurgie* (13 juin). — M. De St-Germain donne quelques renseignements sur les cas de trachéotomie opérés par M. Krishaber à l'aide du thermo-cautère ; c'étaient des adultes et l'opération était motivée par des affections chroniques. C'est donc à l'âge plus qu'au thermo-cautère qu'il attribue la difficulté des cicatrisations.

M. Paulet présente le petit malade dont il a déjà entretenu la Société et qui a été opéré par M. Verneuil avec le thermo-cautère. Chez ce petit malade, la cicatrisation était bien faite ; mais il reste une paralysie du voile du palais, suite de la diphthérite et non de l'opération.

M. Verneuil, depuis la dernière séance, a fait deux opérations avec le thermo-cautère et reconnaît à ce procédé l'avantage immense de ne pas faire perdre de sang. Qu'importe la lenteur de la cicatrisation, en présence de cet avantage ?

M. Desprès ne nie pas que la paralysie doive être attribuée à la diphthérite ; cependant le cornage qu'on entend tient probablement à ce qu'il y a eu perte de substance autour de la trachée.

M. Tillaux rapporte avec détails une opération de résection du nerf sous-orbitaire qu'il a faite à son entrée dans le canal de ce nom, chez une femme de 31 ans, qui, il y a 11 ans, fut prise de douleurs dentaires du côté gauche avec tuméfaction du sinus maxillaire. M. Notta, de Lisieux, enleva la dent, fit une ouverture artificielle du sinus et des injections iodées. Il y eut guérison momentanée.

Au mois d'octobre 1873, nouvelle apparition des douleurs, tuméfaction des sinus, écoulement purulent par la

narine. Un drain et des injections furent employés sans résultat. C'est alors que M. Notta enleva la petite molaire. Alternatives de douleurs et de calme ; de temps en temps petits abcès. En novembree 1875, cautérisations de l'intérieur du sinus avec le nitrate d'argent, puis avec l'acide chromique. A partir de janvier 1876, cautérisations tous les trois jours avec le nitrate d'argent et injections de morphine chaque soir. En novembre 1876, cautérisations au fer rouge. En avril 1877, il n'y a aucun changement et on cesse tout traitement ; on se contente de calmer les douleurs avec la morphine.

M. Tillaux avait reçu la malade dans son service. Il y avait des douleurs intolérables et un écoulement de pus, et la douleur partait toujours du point sous-orbitaire ; elle rayonnait dans l'intérieur de l'œil qui était rouge et tuméfié pendant les accès. M. Tillaux crut qu'il devait y avoir une névralgie symptomatique, occasionnée par la compression exercée sur le nerf dans le canal sus-orbitaire. Dans cette pensée, M. Tillaux crut devoir pratiquer la résection du nerf dans le fond de l'orbite, aussi loin que possible. Nous laissons de côté les détails de cette opération aussi habile que hardie. M. Tillaux explora ensuite le sinus avec le doigt et constata à la paroi supérieure la présence d'ostéophytes.

La malade opérée le 8 mai a quitté l'hôpital peu de jours après, parfaitement guérie.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de l'Insomnie.

M. le Dr Willemin vient de publier dans les numéros de mois de mai et de juin des *Archives de médecine* un Mémoire original très-détaillé sur l'insomnie. Nous croyons être utile en donnant un court résumé de ce long travail, que nous envisageons seulement sous le rapport thérapeutique.

D'après M. Willemin, le sommeil a pour cause la diminution d'activité des cellules nerveuses usées par le travail fonctionnel ; ces conditions physiques modifient l'innervation vaso-motrice ; l'afflux du sang diminuant, l'activité du cerveau est suspendue et la réparation des éléments nerveux s'opère.

La cause habituelle de l'insomnie est la persistance d'action des éléments nerveux centraux, sous l'influence d'une excitation quelconque interne ou externe ; elle peut dépendre aussi d'une congestion active du cerveau qui entretient l'activité fonctionnelle des cellules.

L'insomnie peut encore résulter d'un état d'éréthisme nerveux coïncidant avec l'anémie générale et provenant d'une modification de la modalité des éléments nerveux.

Il importe avant tout de bien connaître la cause de l'insomnie pour instituer contre elle un traitement ayant quelques chances de succès.

Parmi les différentes espèces d'insomnies, il y a :

1° *L'Insomnie idiopathique*. — On la combattra par les moyens hygiéniques. On prescrit de ne pas séjourner le soir dans des appartements à température trop élevée, d'éviter les trop grandes contentions d'esprit, de faire le soir un repas frugal, d'éviter les vins généreux, les boissons alcooliques, le thé, le café, et au besoin de faire le soir un peu d'exercice ou une courte promenade.

S'il y a insomnie par affection morale, les moyens thérapeutiques sont sans effet. On pourra conseiller un bain tiède le soir.

2° *L'insomnie symptomatique*. — Il faudra tâcher d'abord de s'adresser à la cause. S'il y a névralgie intermittente, on prescrit la quinine ; contre l'insomnie par anémie, on prescrit le fer, le quinquina, les reconstituants ; s'il y a dyspepsie, syphilis, herpétisme, on prescrira le traitement approprié contre les troubles digestifs, les préparations mercurielles et iodurées, les arsenicaux.

Mais tous ces moyens sont bien lents à produire leur effet ; c'est alors qu'on aura recours aux hypnotiques directs.

A leur tête, se place l'*opium*. Il faut, selon l'expression d'Hammond, le prescrire en bloc et non en petites doses éloignées. Il l'applique surtout à l'insomnie causée par la douleur. Il est souvent préférable de prescrire les opiacés en lavement, afin d'éviter l'action fâcheuse sur l'estomac. On a essayé de remplacer l'opium par les alcaloïdes hypnotiques qui sont : la narcéine, la morphine et la codéine.

La narcéine serait, d'après quelques expérimentateurs, le meilleur des hypnotiques. Le sommeil qu'elle procure est calme, tranquille, bienfaisant ; d'après d'autres, parmi lesquels est le professeur Gubler, la narcéine serait inférieure à la morphine. Il faut aller jusqu'à 0,10 ou 0,15 pour obtenir des effets. En résumé, on a trop vanté cet alcaloïde.

La morphine, selon Fronmuller, Graves et autres, serait le meilleur hypnotique. Hunter, en 1859, vantait les injections de

morphine; mais l'usage répété n'est pas sans danger, et Trousseau et Bonnet en avaient rejeté l'emploi.

La codéine procure un sommeil paisible, sans agitation, sans vertiges, sans hébétude, à la dose de 0,05 0,10.

Le *sulfate de quinine* a été employé avec Gubler, Woillez, Krebel, Schutzemberger, Pierrot, etc. A ce propos, M. le Dr Corlieu nous a communiqué l'observation suivante : Il y a une dizaine d'années il eut l'occasion de donner des soins à un habitant de Constantinople qui avait essayé en vain tous les traitements et qui venait à Paris chercher, s'il était possible, une guérison à cette insomnie qui le désespérait depuis plus d'une année. L'insuccès des autres médications suggéra à notre confrère l'idée qu'il pouvait y avoir là quelque phénomène morbide intermittent. N'éprouve-t-on pas le besoin de dormir aux mêmes heures ? de s'éveiller aux mêmes heures ? Croyant voir dans cette insomnie une sorte de névrose à forme intermittente, M. Corlieu prescrivit le soir un grand bain fortement additionné de tilleul, et le lendemain matin le sulfate de quinine à la dose de 0,75. La nuit fut bonne et le malade reposa quelques heures, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps. La même médication fut continuée pendant une dizaine de jours ; la dose fut baissée jusqu'à 0,50, et la guérison ne s'est pas démentie. L'idée de M. Corlieu était-elle spéculative ? Y avait-il bien là une névrose à forme intermittente ? Nous n'oserions l'avouer. Faut-il plutôt admettre avec M. Gubler que le sulfate de quinine agit « en enchaînant les actions organiques et réduisant autant que possible l'appel fluxonnaire sanguin dans les parties phlogosées ? » Ce sont là des idées théoriques sur lesquelles nous n'avons pas à nous prononcer.

Le *bromure de potassium* a été introduit par Debout comme somnifère. Le bromure de potassium est entré dans la thérapeutique sans opposition. Il paraît surtout devoir être recommandé comme hypnotique contre l'insomnie résultant d'une excitation nerveuse ou circulatoire. Il peut être admistré avec avantage dans la thérapeutique des petits enfants.

Le *chloroforme* est employé pour combattre l'insomnie résultant d'émotions morales, d'efforts intellectuels excessifs, de douleurs aiguës.

Le *chloral* est indiqué dans presque tous les cas d'insomnie, sauf dans certaines affections dyspnéiques et cardiaques et quand il existe une grande débilité.

L'insomnie des vieillards et celle des individus affaiblis, anémiques, sera parfois avantageusement combattu par la médication tonique, vin, amers, quinine, hydrothérapie.

CORRESPONDANCE

Paris, le 4 juin 1877.

A Monsieur le Dr Fort, rédacteur en chef du journal *Paris médical*.

Monsieur et très-honorable confrère,

Dans le n° du 36 avril dernier du *Paris médical*, vous avez, à l'article Bibliographie, fait un compte-rendu de mon livre sur le traitement des maladies chroniques de l'utérus, auquel je n'ai pas un mot à dire, chaque auteur ayant liberté pleine et entière d'apprécier à son point de vue les doctrines et de juger les faits.

Dans le n° suivant du 3 mai, du même journal, vous insérez une lettre de M. le professeur Pajot et vous faites précéder la lettre de cette phrase : « Parlez, cher et honoré maître, le lecteur vous écoute. »

Je ne suis pas abonné à votre journal, mais vous avez eu la courtoisie de m'envoyer les deux nos. Je vous en remercie; j'ai voulu attendre quelque temps pour voir si le savant professeur de la Faculté de Paris avait quelque nouvelle observation, sous forme de lettre, à ajouter à sa première, pour lui répondre.

Voici la lettre de M. Pajot, à mon adresse :

« M. Abeille assure qu'il guérit les déviations utérines, et qu'il remédie, par la suite ,à la stérilité des femmes qui portent ces déviations.

« J'ignore si notre confrère guérit les déviations sans exposer les femmes à la mort, mais j'affirme qu'il remédie certainement à la stérilité, avec d'autant plus de facilité, dans ces cas, qu'elle n'existe point. »

Puisque le professeur Pajot, dont personne n'apprécie plus que moi la science et le talent, a bien voulu descendre de sa chaire où il peut, en toute liberté et avec toute l'autorité qui s'attache à cette situation si brillamment occupée, combattre les doctrines et les tentatives qui lui paraissent erronées ou audacieuses, puisqu'il a bien voulu écrire cette lettre dans votre journal, ce m'est un devoir de relever ce qu'elle contient sous sa forme brève et aphoristique, c'est-à-dire une insinuation et une affirmation paradoxale à mon adresse.

Je répondrai donc avec toute la courtoisie dont je suis capable à l'éminent professeur:

1° Que quand on n'opère, comme je le fais, qu'au sein des fa-

milles, pour des affections qui ne tuent pas, et pour lesquelles par conséquent l'opération n'est pas impérieusement commandée; qu'elle n'est décidée qu'après volonté formelle des malades, volonté qu'on pourrait facilement repousser, il faut être bien sûr et avoir toutes les preuves matérielles qu'on n'expose pas à la mort par le fait même ou les conséquences de cette opération.

J'en suis à ma 170e; la dernière a été exécutée sous les yeux et avec l'assistance d'un des amis du professeur Pajot.

2° Que, quant à son affirmation que je remédie certainement à la stérilité ou incapacité, avec d'autant plus de facilité dans ces cas qu'elle n'existe pas, elle constitue une erreur ostensible, quelle que soit la pensée du professeur dans cette affirmation.

Agréez, monsieur et honoré confrère, l'expression ma de considération distinguée ABEILLE.

Voici la réponse de M. le professeur Pajot :

Mon cher confrère,

Les deux derniers paragraphes de cette réponse en disent plus long que ma lettre.

Le premier est une théorie particulière des opérations de complaisance qui ne tuent jamais.

Je désirerais la voir soumise à la Société de chirurgie.

Le second une assertion sans preuves, ou plutôt contre des milliers de preuves, d'où il résulte clairement que je n'entends absolument rien aux questions de stérilité.

Le public appréciera.

Bien à vous, Professeur PAJOT.

BIBLIOGRAPHIE

Notice médicale sur les Eaux de la Bourboule, par le Dr ESCOT.

Entre toutes les contrées européennes il n'en est pas qui soit aussi richement douée que la France au point de vue de la diversité des stations balnéaires et thermales. On a peine à comprendre que, disposant sur le sol natal de ressources aussi précieuses que variées, nos malades aient pu, jusqu'à ces dernières années, continuer à rester tributaires de l'étranger. C'est que, douées des vertus les plus efficaces, un cer-

tain nombre de nos sources ne sont pas encore suffisamment connues.

Cette remarque est notamment applicable aux eaux minérales de la Bourboule et de Royet, qui n'ont été appréciées comme elles le méritent que dans ces derniers temps. C'est entreprendre une œuvre utile que de signaler à nos confrères l'étendue des services qu'ils peuvent attendre, pour leurs malades, de l'emploi de ces sources précieuses. Aussi, saisissons-nous avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'en dire quelques mots, à l'occasion de deux brochures, dont les auteurs ont bien voulu nous confier l'analyse.

Nous parlerons, aujourd'hui, d'un mémoire que, sous le titre modeste de *Notice médicale*, M. le Dr Escot consacre à l'étude des *eaux minérales de la Bourboule.*

Ainsi que de celles du Mont-Dore, on présume que les eaux de la Bourboule furent connues des Romains. Malgré cette antiquité, la réputation de ces eaux minérales n'avait pas franchi les limites de la région. Il n'y a pas plus d'une vingtaine d'années qu'elles commencent à être appréciées à leur juste valeur. Ce n'est que depuis lors qu'elles ont été reconnues pour les eaux les plus médicamenteuses et les plus efficaces de tout le plateau central. A quoi donc a-t-il tenu que des eaux vantées par les hommes les plus éminents, soient restées si longtemps négligées ?

La raison en est simple. C'est que, jusqu'à une époque peu éloignée de vous, le débit des eaux était absolument insuffisant pour l'installation d'un établissement balnéaire. En effet, par le passé, le débit ne dépassait pas 35 litres à la minute. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'un homme intelligent et actif, M. Perrière, creusa le puits qui porte son nom, puits dont le rendement dépasse 400 litres à la minute.

Les eaux de la Bouboule possèdent une minéralisation sans analogue : ce sont des eaux chlorurées sodiques fortes, des eaux alcalines assez puissantes, des eaux éminemment arsenicales. C'est ce dernier caractère qui constitue leur véritable cachet d'originalité. Réduit à 0,0035 par litre dans celles de Sedaigne et de Fenestre no 1, ce principe s'élève à 0,0048 dans l'eau de la grande source Perrière. C'est assez dire que la question de la posologie acquiert une importance très-grande dans l'administration de ces eaux, si fortement minéralisées par l'arsenic.

Outre le sel marin, le bicarbonate de soude et l'arsenic, les eaux de la Bourboule contiennent des principes fort nombreux tels que le fer, la chaux, la silice, etc., « principes si merveilleusement associés, dit M. Escot, que M. Gubler a pu comparer ces eaux à une véritable lymphe minérale. »

Un des avantages des eaux de la Bourboule, que s'efforce de faire ressortir notre confrère, est de pouvoir être utilisées loin de sa source. « Etant peu chargées de principes ferreux et de matières organiques, elles se conservent longtemps sans s'altérer. Elles sont donc dans les meilleures conditions pour pouvoir être exportées et administrées en boissons. »

Les applications des eaux de la Bourboule se déduisent naturellement de la connaissance des principes médicamenteux qui s'y rencontrent.

Jadis réservée aux scrofules profondes, aux dermatoses invétérées, cette station recrute aujourd'hui ses malades dans les champs bien divers de la pathologie. On peut dire, d'une façon générale, que les eaux de la Bourboule sont indiquées chez tous les sujets dont la nutrition est en souffrance. C'est là un vaste cadre, dans lequel viennent se ranger un assez grand nombre d'affections successivement passées en revue par notre auteur. Ne pouvant le suivre sur ce terrain, nous devons nous contenter de relever ici les titres des chapitres.

Scrofule et lymphatisme. — Prophylaxie de la tuberculose. — Affections des voies respiratoires. — Phthisie. — Maladies de la peau. — Affections syphiliques. — Affections rhumatismales. — Névralgies. — Affections des voies urinaires. — Diabète. — Albuminurie. — Affections utérines. — Maladies diathésiques de l'enfance.

On voit, par cette simple énumération, combien est vaste le champ des applications des eaux de la Bourboule.

Mais, par cela même que ces eaux sont douées d'une grande puissance d'action, il convient d'être réservé dans leur emploi, et de n'en faire usage que dans les cas bien déterminés. En un mot, il est des conditions qui en contreindiquent formellement l'usage.

En règle générale, dans le cours des maladies aigües, on ne doit jamais user des eaux de la Bourboule, en raison de leur énergie. En effet, dit M. Escot, elles portent immédiatement leur action sur le système nerveux, et stimulent aussitôt l'impulsion cardiaque. Fluidifiantes du liquide sanguin, par la soude, la potasse, la lithine, probablement comburantes des solides par l'arsenic, elles impriment à la circulation une activité plus grande, une fièvre thermale assez intense. Autant les eaux de la Bourboule sont indiquées dans la phthisie torpide ou caséeuse, autant il faut en éviter l'emploi dans la tuberculisation pulmonaire avec éréthisme et tendance aux hémoptysies.

Les mêmes remarques sont applicables aux affections cardiaques. Les eaux de la Bourboule leur sont aussi fatales que l'altitude. On doit également les bannir chez les convalescents encore faibles,

les vieillards débilités; en un mot, et d'une façon générale chez tous les sujets qui ne sauront puiser dans les forces assimilatrices languissantes, les ressources exigées pour la réaction.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique :

1° Le professeur de botanique dirige la jardin de la Faculté. Il y fait exécuter les travaux nécessaires au classement et à l'instruction de l'école de botanique, à la culture des réserves, telles que bâches, châssis, couches, pépinières, et terres, au chauffage de ces dernières pendant le jour et la nuit et à la conservation des collections des plantes vivantes qui appartiennent à la faculté.

2° Il détermine le nombre d'ouvriers auxiliaires qui doivent être loués pour aider le jardinier dans la culture et l'entretien du jardin, des serres, etc.

3° Le jardin botanique est ouvert du 15 mars au 1er novembre tous les jours, sauf les dimanches et jours de fête, de six heures du matin à six heures du soir.

4° Le directeur, sous l'autorité du doyen de la Faculté, a la police du jardin et veille à la conservation des plantes, au maintien du bon ordre, etc. Il veille aussi à ce que le jardin soit ouvert aux heures réglementaires.

Il règle, sous l'autorité du doyen de la faculté, l'emploi des fonds alloués pour l'entretien du jardin, l'acquisition des plantes, outils et autres objets nécessaires à la culture.

5° La laboratoire de botanique est ouvert tous les jours et à toute heure aux élèves de la Faculté admis par le doyen, sur la désignation du professeur, pour se livrer aux travaux et aux recherches botaniques.

6° Le directeur, sous l'autorité du doyen, a la police du laboratoire et veille à la conservation des livres, instruments, collections, maintien du bon ordre, etc.

7° Tous les jours dans l'après-midi, pendant la belle saison et notamment à l'époque où se fait à la Faculté le cours de botanique, les élèves de première année et ceux qui veulent préparer leur troisième examen de doctorat sont, par séries de vingt, exercés aux travaux pratiques de botanique, analyses, anatomie et physiologie végétales ou à tout autre genre de recherches qu'ils désirent poursuivre.

8° Ces travaux sont dirigés par le professeur, sauf aux heures où il est retenu pour le service des examens. En son absence, il est suppléé par l'aide ou préparateur attaché au laboratoire.

— *Deux nouveaux docteurs en médecine.* — La semaine dernière deux personnes de l'autre sexe se sont présentées devant la Faculté de Paris pour y soutenir leur thèse de doctorat. L'une mademoiselle Zénaïde Ocounkoff, née à Moscou, avait pris pour sujet de thèse : *Du rôle physiologique de l'éther sulfurique, de son emploi en injections sous-cutanées comme médicament excitant et stimulant.* Cette thèse, de 65 pages a été soutenue le lundi 4 juin, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, qui a adressé de justes félicitations à la récipiendiaire.

Le même jour, 4 juin, madame Anna Dahms, née à Müncheberg (Mark Brandenburg), en Prusse, en 1848, soutenait sa thèse *sur le thymus, au point de vue de son développement et de sa régression.* C'est une thèse de 50 pages avec figures. Contrairement à ce qui se passe chez les gens de sa nation, elle témoigne à la Faculté de Paris et à l'Ecole des Hautes Etudes sa reconnaissance pour l'hospitalité qui lui a été offerte pendant quatre ans. Nous ne sommes donc par si en arrière que le professent *ex cathedra* et dans leurs livres les Dubois-Raymond, les Virchow et les Wundt, pour que leurs compatriotes viennent s'asseoir sur nos bancs ! Madame Dahms a été reçue et félicitée; en serait-il de même si nous allions aujourd'hui demander un diplôme à Berlin, à Iéna ou à Giessen ?

— *Hospice de la Salpêtrière.* — Le D[r] Auguste Voisin a repris et continuera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, à la Salpêtrière, pendant les mois de juin et de juillet, le jeudi a 9 heures et demie.

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 14 juin, sur une population de 1,986,748 habitants, la mortalité à Paris a été de 985 décès, soit 66 plus que la semaine précédente. Les décès se répartissent ainsi : 746 à domicile, 239 dans les hôpitaux. Il y a diminution de la fièvre typhoïde, état stationnaire des affections diphthéritiques, augmentation des affections des organes pulmonaires.

— **Boite aux lettres.** — M. *A. P. étudiant en médecine à Paris.* Le journal est en voie de formation chez M. G. Masson, je crois. Vous trouverez ce que vous me demandez dans *Paris médical*, oct., nov. et déc. 1876.

Le Propriétaire-Gérant : D[r] FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue M[r]-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 26. 28 Juin 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 27 *juin* 1877.

A *l'Académie de médecine*, la deuxième partie du discours de M. Gueneau de Mussy vise surtout M. Chauffard.

Pour M. Chauffard il y aurait identité de la doctrine des principes spécifiques et de la théorie parasitaire. C'est ce que n'admet pas M. Gueneau. Les parasites ne pénètrent pas à proprement parler dans l'organisme, ils agiraient comme irritants, tandis que les maladies spécifiques sont en quelque sorte des maladies constitutionnelles passagères. Les principes spécifiques présentent des analogies remarquables avec les graines et les ferments; il faut aux uns et aux autres un terrain propre pour qu'ils puissent se développer. Le sol morbide s'épuise par l'évolution et par l'action des agents spécifiques, de même que s'épuisent les terrains qui, pendant un certain temps, ont nourri la même graine, de même que s'épuise la matière fermentescible dans les substances fermentées. Tout en rapprochant ces phénomènes, M. Gueneau de Mussy n'a pas prétendu qu'ils fussent du même ordre et il a regretté l'envahissement abusif, selon lui, des microzoaires et des bactéries dans le domaine de la pathologie..

Portant ses idées sur la chirurgie, M. Gueneau reconnaît l'importance des travaux de M. Pasteur et les méthodes nouvelles de pansement qu'ils ont suggérés. Si M. Gueneau de Mussy n'affirme pas, il ne doute pas, comme le fait M. Chauffard.

Du reste, d'après M. Gueneau de Mussy, M. Chauffard aurait modifié un peu ses idées depuis quelque temps, en ce qui touche le rôle de la spontanéité dans la production des maladies contagieuses. Autrefois il admettait que

toutes les maladies spécifiques pouvaient se produire spontanément, sans contagion; *aujourd'hui* il reconnaît que les maladies fortement contagieuses ne se transmettent que par contagion. Mais sait-on toujours d'où vient le contage? Après avoir varié sur le rôle des contages dans la production des maladies spécifiques, M. Chauffard a aussi varié sur leur nature.

Quant à M. Gueneau de Mussy, il ne peut admettre qu'une même cause banale, l'encombrement, les émanations putrides, etc., puisse produire indifféremment des maladies aussi essentiellement distinctes que le typhus, la fièvre typhoïde, la dysentérie, maladies qui, une fois produites, se reproduisent par elles-mêmes, sans jamais se confondre, sans jamais mêler leurs produits et cela indéfiniment.

En résumé, M. Gueneau de Mussy soutient et défend les idées contagionnistes pour toute espèce de maladie épidémique.

M. Chauffard lui répondra dans la prochaine séance.

Société de chirurgie (20 juin). — M. Guyon communique une importante observation de ligature d'artère dans une plaie datant d'un mois. Vu l'importance de l'observation, nous la reproduisons plus loin. (*Médecine et chir. pratique.*)

M. Tillaux présente une jeune femme atteinte d'anévrysme cirsoïde de la main gauche avec dilatation considérable des artères de la main, et demande à ses collègues leur opinion sur la conduite qu'il a à tenir. La maladie remonte à l'enfance de la jeune femme, mais depuis sept mois le médius est presque desséché. M. Tillaux a constaté le souffle dans les artères dilatées. Il a essayé la compression. Que doit-il faire ensuite? La ligature des artères radiales et cubitale, les injections de perchlorure de fer, l'amputation? Ici les avis sont partagés. M. Nicaise a obtenu du soulagement avec un bas élastique chez un malade qui avait un anévrysme cirsoïde de la jambe. M. Duplay croit ce moyen insuffisant : il pense qu'il n'y aurait que l'amputation qui pourrait réussir ; mais, quant à lui, il ferait de l'expectation. M. Trélat aurait recours à un gant en caoutchouc et si les accidents devenaient plus graves, il amputerait. Quant aux

injections, elles ne sont pas praticables. M. Th. Anger tenterait les injections partielles.

Société médicale des hôpitaux (22 juin). — M. Vallin rapporte une nouvelle observation de rhumatisme cérébral ayant guéri par les bains froids à 24°, répétés toutes les quatre heures. Nous répéterons aussi, pour notre part, que malgré tous ces succès, nous ne sommes que médiocrement partisan de cette méthode, difficile dans son application, incertaine dans ses résultats. M. Dumontpellier déclare que, après plus de 25 ans de pratique, il ne se sent nullement entraîné vers ce mode de traitement d'une maladie qui est insidieuse dans sa marche. M. Lépine n'emploie pas les bains froids ; mais il a eu récemment à l'Hôpital Temporaire l'occasion de soigner un certain nombre de rhumatismes et il a eu recours au salicylate de soude à la dose de 12 grammes en 24 heures. Il faut que la dose soit assez forte, 8 à 12 grammes, si l'on veut obtenir de bons résultats. Est-il tombé sur une bonne série? Il l'ignore, mais chez ses malades il a obtenu la guérison en trois jours. MM. Dujardin-Beaumetz, Blache et Sée à l'Hôtel-Dieu ont obtenu également de bons résultats de l'emploi de ce médicament. M. Lépine administre l'acide salicylique en le saturant de sel de soude. M. Dujardin Beaumetz donne l'acide salicylique pur à la dose de 0,50 centigrammes d'heure en heure dans de la tisane, de l'eau sucrée ou une potion et va jusqu'à 12 grammes. Cet acide paraît actuellement occuper le premier rang dans le traitement du rhumatisme. Mais attendons la fin...

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de la coqueluche.

M. le Dr Archambaut, à l'hôpital des Enfants-Malades, a fait quelques conférences cliniques sur la coqueluche, cette névrose convulsive si rebelle et parfois si tenace, contre laquelle la thérapeutique a employé tous ses moyens.

M. Archambaut divise la coqueluche en deux phases ou périodes ayant chacune un traitement particulier : 1° la période *catarrhale* ; 2° la période *convulsive*. Ces deux périodes sont liées

l'une à l'autre, et si l'affection débute par une bronchite avec oppression, râles abondants, la coqueluche sera plus grave que dans le cas opposé. Que l'on diminue cette période, la deuxième sera diminuée également et la maladie sera moins grave.

I. — *Dans la période catarrhale*, on prescrit le traitement de la bronchite ordinaire. Le malade sera tenu dans une chambre chauffée, en hiver, à une température de 16° à 17°. S'il existe de a fièvre, le séjour au lit est de rigueur. En même temps, on administrera des tisanes émollientes, un julep contenant 0,05 à 0,10 de kermès, ou de l'oxyde blanc d'antimoine, additionné d'eau distillée de laurier-cerise.

Il faut ausculter sérieusement la poitrine. Si la sécrétion envahit les petites bronches, s'il y a de l'oppression, on administrera les *vomitifs*. Entre tous ces agents, c'est l'ipéca qui doit être préféré.

L'*ipéca* présente, en effet, de grands avantages dans la thérapeutique infantile. Il produit de la transpiration, fait tomber la fièvre et ne produit aucun dérangement intestinal.

Dans l'âge le plus tendre, c'est-à-dire dans les six premiers mois de la vie, il doit être donné sous forme de sirop. A partir du cinquième ou du sixième mois, on doit recourir à la préparation suivante :

R. Sirop d'ipéca............. 50 grammes.
Poudre d'ipéca........... 0,30 —

Une cuillerée à dessert en cinq minutes, jusqu'à production de trois vomissements.

De un à deux ans, on élève la dose de la poudre de 0,30 à 1 gramme.

Au-dessous de deux ans, on n'administrera pas *l'émétique*, qui pourrait donner lieu à une superpurgation cholériforme, et qui a pour inconvénient très-grave de débiliter profondément les jeunes enfants.

A l'émétique, Trousseau avait eu l'idée de substituer le *sulfate de cuivre*. Pour un très-jeune enfant, il prescrivait :

R. Sulfate de cuivre............ 0.10 centig.
Sirop..................... 30 grammes.

Une cuillerée à dessert, de cinq minutes en cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. A un âge plus avancé, on peut élever la dose de sulfate de cuivre jusqu'à 0.40. Ce vomitif est très-sûr et n'occasionne pas de diarrhée. On peut y recourir dans les cas où l'ipéca est sans effet.

Lorsque la toux est très-pénible, il ne suffit pas de faire vomir, il faut aussi calmer cette toux. Dans ce cas West prescrivait :

R. Vin d'ipéca...............	0.60	grammes.
Vin d'émétique...........	1.80	—
Elixir parégorique........	1.20	—

Il faisait ajouter à cette préparation une potion de 60 grammes, dont on donnera une cuillerée à dessert toutes les quatre heures. Ce moyen est excellent.

Combien de temps doit durer *la séquestration au lit ou à la chambre?* Le plus possible, contrairement à l'avis de Trousseau, Rillet et Barthez, qui ont donné le conseil de faire sortir les malades par tous les temps. En Allemagne, on a soin de garder les malades au lit pendant tout le temps que dure la maladie. C'est aussi l'avis de M. Archambaut.

II.— *Dans la période spasmodique*, la première chose à faire, c'est d'asseoir les malades pendant la quinte. Si on les laissait couchés sur le dos, ils courraient risque d'étouffer. Il faut les pencher en avant pour faciliter le rejet de glaires. S'ils n'ont pas une force d'expulsion suffisante, il faut passer le doigt ou un mouchoir dans la bouche, pour en retirer les mucosités filantes, dont ils ne pourraient se débarrasser. Les principaux anti spasmodiques sont :

1° *L'oxyde de zinc.* — C'est un bon médicament. On le prescrit à la dose de 0,30 à 0,50 dans les six premiers mois ; on en elève la dose à 1 gr. 20, 1 gr. 50 au-dessus de deux ans. On le donne dans un julep aromatisé avec de l'eau de laurier-cerise. Une dose toutes les trois heures.

2° *L'acide cyanhydrique.* — En Angleterre on emploie beaucoup *l'acide cyanhydrique officinal*, ou dilué. En France on en a peur et avec raison. Pour un petit enfant, il faut donner une demi-goutte de l'acide officinal toutes les quatre heures. On peut aller, selon l'âge et la tolérance, à la goutte entière, et même à 5 à 6 gouttes dans un julep de 30 gr., à prendre dans les 24 heures. West va jusqu'à la dose de 0,06 d'acide officinal.

C'est un médicament qui donne lieu à un apaisement soudain, et dont on peut retirer de grands avantages. Mais, il ne faut pas l'oublier, c'est un moyen dangereux. Comme cette préparation s'altère très-vite, il faut avoir soin de la renouveler fréquemment.

3° *Le musc* est un très-bon médicament, et, de plus, il n'est pas dangereux. On fait faire une petite potion composée, au maximum, d'un *véhicule* de 60 gr. On y ajoute 0,15 de cette substance anti-spasmodique. On donne une cuillerée à dessert toutes les heures de ce julep.

4° La *cochenille* passe pour un bon médicament dans la coqueluche. Voici la formule d'une potion dans la composition de laquelle on la fait entrer :

R. Poudre de cochenille.........	0.50 à 1	gramme.
Carbonate de potasse.........	0.50 à 1	—
Sirop	20	—
Eau distillée................	80	—

La cochenille doit être traitée à chaud dans l'eau.

On fait prendre par jour 3 à 4 cuillerées de cette potion à l'enfant.

5° La *belladone* a été donnée comme un spécifique de la coqueluche, mais elle ne guérit pas cette affection. On peut donner ce médicament sous diverses formes. Le sirop est une bonne préparation, mais à la condition de le formuler soi-même, pour être certain de la proportion du principe actif qu'il contient. On peut prescrire, par exemple :

R. Extrait de belladone......	0.10	grammes.
Sirop	30	—

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

On peut aussi fairė faire des pilules contenant de 0,01 à 0,015 d'extrait.

La teinture est un excellent mode d'administration. On en fait prendre 2 gouttes toutes les quatre ou cinq heures, dans un véhicule quelconque.

6° *L'atropine* peut se préparer en solution titrée de 0,01 de sulfate d'atropine pour 10 grammes d'eau : 20 gouttes de cette solution représentent un *millième* de médicament actif.

Au-dessous de six mois, il faut donner 1/2 goutte de la solution titrée, soit 1/40° de milligramme. Pour donner une demi-goutte d'un médicament, on en verse une goutte dans deux cuillerées d'eau, dont on jette ensuite la moitié. Il faut se défier de l'activité de ce médicament chez les très-jeunes sujets. L'atropine est un excellent sédatif, qui calme et éloigne les quintes. Mais son emploi exige une grande circonspection.

En même temps que l'on prescrit les antispasmodiques, il ne faut pas négliger l'élément catarrhal. Il faut constamment surveiller la poitrine et revenir aux vomitifs dès que l'on s'aperçoit que les bronches ont besoin d'être évacuées. On ne doit pas craindre de faire vomir un enfant, au besoin une et deux fois par jour. Un bon moment pour prescrire un vomitif, c'est le soir. La poitrine bien vidée, la nuit est meilleure. Elle l'est encore davantage, si l'on fait prendre ensuite à l'enfant 0,05 de poudre de Dower.

Des helminthicides.

M. le professeur Potain vient de faire sur ce sujet une intéressante leçon clinique à l'hôpital Necker et nous croyons être utile en extrayant de sa leçon les points les plus pratiques.

Parmi les remèdes les plus sérieux, M. Potain cite en première ligne :

L'*Ecorce de racines de grenadier*, qu'on peut employer fraîche ou desséchée. Fraîche elle donne des résultats tantôt bons, tantôt nuls. Cette inégalité d'action tient à plusieurs causes : d'abord à la provenance de la plante, car la racine de cet arbrisseau, originaire des pays chauds, a des propriétés plus efficaces dans les contrées où il croît spontanément. Il est de plus très-difficile dans nos pays de se procurer de l'écorce fraîche ; l'écorce sèche se prépare de la manière suivante :

℞ Ecorce sèche . . . . 60 grammes.

Concassez et faites macérer pendant 12 heures dans

Eau . . . . 750 grammes.

Filtrez et faites prendre au malade en 2 ou 3 fois à une demi-heure d'intervalle. Après l'ingestion de cette substance, administrez un purgatif, indispensable pour déterminer l'expulsion du tænia. Le purgatif qu'on préfère est l'huile de ricin à la dose de 60 grammes. Les raisons pour lesquelles on doit choisir l'huile de ricin et qui font qu'il est utile de la donner à une dose aussi forte, sont les suivantes : d'abord elle constitue un purgatif rapide ; en outre le principe actif de l'écorce de grenadier est soluble dans l'huile et, dissoute dans le purgatif, cette substance est pour ainsi dire promenée dans l'intestin ; son absorption est moins rapide et son action est plus prolongée sur l'helminthe.

L'helminthe est quelquefois tué par la substance active de l'écorce de grenadier ; mais le plus souvent il n'est qu'engourdi ; il lâche prise alors et devient libre dans l'intestin ; et si, à ce moment, un purgatif énergique excite les contractions de cet organe, le malade a toutes les chances d'expulser le parasite. Il est donc d'une grande importance d'administrer l'huile de ricin au moment opportun : donnée trop tôt ou trop tard, l'effet est le plus souvent manqué. Trop tôt, l'animal n'a pas eu le temps de subir l'action de la résine contenue dans l'écorce et il est encore assez vigoureux pour rester fixé par ses crochets ou ses ventouses ; ou bien le cou se rompra et le corps seul étant chassé de l'intestin, la tête repoussera un nouveau strobyle qui plus tard deviendra le point de départ d'un nouvel helminthe.

Si on administre le purgatif trop tard, le tænia, engourdi, a lâché prise un instant, puis il s'est remis.

Quand faut-il donner le purgatif? Ici, il y a divergence d'opinions. Pour M. Laboulbène, on doit s'en rapporter aux sensations éprouvées par le malade. En effet, quand on fait prendre à un individu de la racine de grenadier, le premier effet qu'il ressent, c'est un effet nauséeux plus ou moins marqué et auquel succède quelques instants plus tard une seconde sensation, très-étrange, de malaise dans le ventre, de contractions intestinales et qui correspond au moment où l'animal a lâché prise et se pelotonne dans l'intestin. C'est alors qu'il faut administrer l'huile de ricin.

Mais ce moyen échoue assez fréquemment : on est obligé alors de recommencer la médication : cependant comme, ordinairement, le malade ne consent guère à prendre une seconde fois un médicament aussi désagréable que l'écorce de grenadier, on aura recours à une autre médication.

Dans ce cas, on pourra obtenir de bons résultats de cette variété de fougère connue sous le nom de *polypodium filix mas* et appelée vulgairement *queue de renard*. On emploie les tiges souterraines et surtout les bourgeons qui se développent à l'extrémité des racines. Comme pour la racine de grenadier, son principe actif réside dans une substance résineuse et une huile volatile, mais les auteurs ne sont pas très-bien fixés sur l'espèce de tænias contre lesquels on doit employer la racine de fougère. Quelques-uns pensent qu'elle constitue un spécifique actif contre l'helminthe appelé *tænia lata*, et c'est, en effet, la seule substance employée pour provoquer l'expulsion de cet helminthe à Genève où il est endémique. D'autres, au contraire, n'ont recours à la racine de fougère que quand il s'agit de nos *tænia solium*, armés ou non armés.

Ce moyen ne doit venir qu'en seconde ligne, parce qu'il exige une préparation spéciale. Il y a deux manières d'administrer la racine de fougère. En Suisse, on la donne sous forme de bols purgatifs dans lesquels entrent la scammonée, le calomel, la gomme-gutte associés à 4 grammes de fougère. Mais c'est une préparation difficile à prendre à cause de son volume et à laquelle M. Potain préfère l'extrait éthéré de fougère mâle de Peschier (de Genève) :

℞ Extrait éthéré de fougère mâle....	2 grammes.
Polypodium en poudre...........	5 grammes.

F. s. a. 10 bols, à prendre les uns après les autres, en une seule fois. On administre ensuite une décoction de 3 gr. de fougère mâle dans 100 grammes d'eau, puis deux heures après, une nouvelle décoction, avec 1 gramme de fougère seulement.

Trousseau employait le mode d'administration suivant. Le premier jour, il soumettait le malade à la diète lactée ; le

deuxième, il donnait 4 gr. d'extrait éthéré de fougère mâle, en quatre fois à un quart d'heure d'intervalle ; le troisième enfin, il redonnait la même dose d'extrait de fougère à laquelle il faisait succéder, deux heures après, l'administration de deux grammes d'huile de croton.

Ce moyen est un peu compliqué; toutefois il est bon à connaître, et si l'on avait affaire à un *tænia lata* M. Potain pense qu'il serait préférable aux précédents.

Parmi les autres substances indigènes, qu'on peut classer parmi les helminthicides, il y a la semence de potiron, ou semence de courge. Le principe actif de ces graines semblant résider dans l'endoplèvre, il convient, avant de s'en servir, de les décortiquer. Les 50 ou 60 grammes de graines décortiquées, nécessaires pour l'expulsion du ver, représentent environ 240 gr. de graines intactes. Cette opération faite, on presse la graine entre les doigts pour en détacher l'endoplèvre ; une fois cette membrane desséchée, on la mélange avec une quantité suffisante de sucre et de gomme pour en faire des pastilles. Cette préparation n'est pas très-désagréable ; mais, comme il faut en prendre une certaine quantité, le malade finit par s'en dégoûter. Il est peut-être préférable de faire prendre des semences de potiron sous forme d'émulsion avec du sucre et de l'eau. Cette émulsion est prise en deux ou trois fois. C'est un remède très-doux, très-facile à supporter. Toutefois, pour obtenir l'expulsion du ver, il est utile, comme dans les cas précédents, de prescrire un purgatif et, en général, on conseille l'huile de ricin, qui a l'avantage de dissoudre une partie de la résine active.

Les autres moyens auxquels on peut encore s'adresser, quand les précédents ont échoué, sont fournis par des plantes originaires d'Abyssinie et d'Amérique.

Le plus connu est le *kousso*, dont on prend les sommités fleuries pulvérisées et tamisées. La poudre se donne à la dose de 20 grammes délayés dans 500 grammes d'eau. Le kousso a des propriétés nauséeuses en même temps qu'helminthicides et, par conséquent, il dispense du purgatif complémentaire. Il a toutefois l'inconvénient d'être rarement pur, car le plus souvent il est falsifié, associé avec des substances inertes fort difficiles à distinguer. De plus, c'est un médicament difficile et désagréable à avaler.

A côté du kousso, M. Potain cite une plante de la famille des légumineuses, l'*albizzia anthelmintica*, qui vient de l'Abyssinie. L'écorce, réduite en poudre, si connue sous le nom de *moucenna*, se prescrit à la dose de 60 grammes. Elle est très-vantée par quelques médecins qui affirment avoir toujours vu l'expulsion du ver suivre son administration ; elle a de plus l'avantage

d'être peu aggressive pour l'estomac et facilement supportée.

La *kamala*, substance originaire de l'Inde, est la poudre rouge du *ratleria tinctoria*. Cet antihelminthique, qui est absolument inoffensif pour les voies digestives, s'emploie en poudre diluée dans l'eau ou en teinture. 25 grammes de cette dernière préparation suffisent pour déterminer l'expulsion du tænia. M. Lemaître qui a fait, en 1875, sa thèse inaugurale sur cette substance médicamenteuse, cite dix observations dans lesquelles on aurait obtenu un succès complet. Réveil a été moins heureux et a eu trois insuccès sur trois cas.

Toutes ces médications antihelminthiques devant leurs propriétés à la résine et à l'huile essentielle, on a essayé de faire usage contre le tænia de ces substances. C'est ainsi qu'on a essayé l'emploi de la térébenthine, soit en émulsion avec l'huile de ricin, soit en électuaire mélangée avec du miel. Elle se donne à la dose de 15 à 20 grammes, mais est très-désagréable à avaler.

On a également proposé le *baume de copahu* dont les propriétés antihelminthiques ont été découvertes par un médecin américain. Le copahu pourrait donc être employé comme helminthicide; il a, il est vrai, l'inconvénient d'être d'un goût fort désagréable, mais on pourrait remédier à ce désagrément en le prescrivant sous forme de capsules, telles qu'on les emploie pour la blennorrhagie, 10 capsules, contenant chacune 50 centigrammes de copahu, seraient une dose suffisante pour que l'on pût espérer provoquer par ce moyen l'expulsion du tænia.

M. Perrin a conseillé le pétrole, sous forme de capsules contenant chacune 10 centigrammes de matière active, au nombre de 10 ou 12 en vingt-quatre heures.

En résumé, le meilleur antihelminthique auquel on puisse s'adresser est donc l'écorce de racine de grenadier, puis viennent dans l'ordre ci-dessus les différents helminthicides. Mais aucun n'est un médicament fidèle, et il faut s'attendre à des insuccès.

Mais il faut bien se garder de considérer comme inerte une substance avec laquelle on a échoué, car le résultat que l'on cherche à obtenir dépend non-seulement du médicament, mais aussi de l'état du ver. En effet, les uns plus solides, plus vigoureux, résisteront là où d'autres auraient été vaincus; enfin telle espèce échappera à l'action d'une substance par laquelle telle autre ne sera pas épargnée. D'autre part, les sujets eux-mêmes, suivant leur disposition, pourront être pour quelque chose dans les résultats qu'on obtiendra.

Plaie du pli du coude datant d'un mois. — Hémorrhagie. — Ligature dans la plaie. — Guérison, par M. Guyon.

Un homme ds 54 ans avait été blessé au pli du coude droit par la chute d'une pièce de tôle qui avait broyé les téguments, une partie des muscles et mis à nu l'artère radiale. L'hémorrhagie ne s'arrêtant pas, M. Guyon appliqua la bande d'Esmarck et fit la ligature des artères humérale et cubitale. Tout alla bien pendant quinze jours ; mais alors une hémorrhagie se déclara. La compression l'arrêta, mais le lendemain l'hémorrhagie recommença. M. Delens appelé auprès du malade fit la ligature de l'humérale au lieu d'élection. Douze jours après, une nouvelle hémorrhagie se manifesta dans la plaie primitive. M. Guyon se demanda s'il devait lier l'axillaire ou lier dans la plaie le bout de l'artère coupée. C'est ce dernier moyen qu'il employa. Appliquant de nouveau la bande d'Esmarck, il gratta avec une spatule les bourgeons charnus qui recouvraient la plaie et mit à nu le bout inférieur de l'artère qui était dur, blanchâtre et le lia. Les hémorrhagies ne se renouvelèrent plus ; le fil tomba le dix-neuvième jour et la plaie se cicatrisa rapidement.

DIVERS

Statistique des pertes, en blessés et en morts, subies par l'armée prussienne (1) **pendant la guerre de 1870-1871**, par G. Fischer. Berlin, 1876. (V. *Arch. génér. de méd.*, mai 1877.)

Le nombre total des combattants tués ou blessés sur les champs de bataille s'élève à 88,877,

dont 4,668 officiers,
84,209 soldats.

Sur les 4,668 officiers :

879	c'est-à-dire	18.8 %	ont été tués immédiatement.
1,979	—	42,4 %	ont été blessés légèrement.
1,447	—	31,0 %	— grièvement.
353	—	7,8 %	portaient simplement la mention « blessés ».

Sur les 3.689 officiers blessés qui ne succombèrent pas sur le

---

(1) Cette dénomination ne s'applique pas aux contingents fournis par les royaumes de Saxe, de Bavière, de Wurtemberg et le grand-duché de Bade.

champ de bataille, 495, c'est-à-dire 13,1 %, sont morts à une époque ultérieure, des suites de leurs blessures. Pour les soldats cette proportion ne fut que de 5,9 % (4,190 sur 71,532).

Voici maintenant comment se répartissent les blessures, suivant la nature du corps vulnérant, chez les 65,160 morts et blessés sur le compte desquels il existait des renseignements précis.

56,062	blessures, c'est-à-dire	86,0 %	par coup de feu.
5,084	—	7,8 %	par éclat de bombe ou d'obus.
218	—	0,3 %	par coup de sabre ou coup de crosse.
593	—	0,9 %	par coup de baïonnette ou de lance.
236	—	0,4 %	par éclat de pierre ou de terre.
60	—	0,1 %	par brûlure.
44	—	0,1 %	par explosion de mine.
2,598	—	4,0 %	sans désignation du genre de blessure.
263	—	0,4 %	par accidents divers.

Total 65,160.

En faisant la répartition des blessures ayant entraîné la mort immédiate, on arrive aux résultats suivants :

	Officiers.			Soldats.		
Bles. par coup de feu . . .	543	c.-à-d.	91 %	6,426	c.-à-d.	90 %
— par éclat d'obus. . .	48	—	8 %	647	—	9,1 %
— par inst. contond . .	»	—	—	6	—	0.1 %
— par inst. piquant.. .	3	—	0,6 %	18	—	8,2 %
— par explos. de mine.	3	—	0,5 %	41	—	0,2 %
	597	—	100	7,138	—	100

Les chiffres suivants donnent une idée de la fréquence relative du siége des blessures en général :

A la tête..............	17,4 %	Au pied..............	6,3 %
Au bras...............	13,7 %	A l'épaule............	5,6 %
A la cuisse............	10,6 %	A la jambe...........	6,1 %
A la poitrine..........	8,8 %	A l'abdomen.........	4,9 %
A la main.............	8,1 %	Au côté,.............	3,4 %
Au genou.............	2,7 %	Aux mollets	1,3 %
Au dos...............	2,3 %	Au siége.............	0,6

Au cou	2,2 %	Aux doigts de pieds	0,3 %
Aux doigts	1,8 %	Aux parties génitales	0,1 %

A la cuisse (partie inférieure) 4,7 %

Quant à la fréquence de la mort immédiate relativement au siége des blessures,

Ont été tués immédiatement :

		Officiers.	Soldats.
Par blessures	de tête	4,2 %	9,14 %
—	de la poitrine	3,5 %	31,5 %
—	de l'abdomen	13,1 %	10,7 %
—	du cou	4,9 %	3,2 %
—	du côté	1,7 %	1,2 %
—	du dos	1,5 %	1,6 %
—	de la jambe	0,6 %	0,6 %
—	de la cuisse (part. supér.)	0,3 %	0,8 %
—	de l'épaule	0,1 %	0,6 %
—	du bras	0,1 %	0,3 %
—	du genou	0,1 %	0,1 %

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique sur la fièvre primitive des blessés, par M. le Dr G. MAUNOURY, ancien interne des hôpitaux de Paris (*thèse inaug.*, 1877.

Dans un long historique, M. Maunoury démontre : 1° que les théories de la fièvre traumatique sont innombrables, mais que la théorie septicémique est la plus généralement acceptée; 2° que les définitions cliniques, au contraire, sont toutes restées fort vagues et ne peuvent être d'aucune utilité; 3° que dès que, chez un blessé, on voit de la fièvre survenir les deux ou trois premiers jours, on donne à cet état fébrile le nom de fièvre traumatique, sans chercher d'autres explications.

Étudiant de nouveau cette question dans le service de M. Verneuil, M. Maunoury a constaté que tantôt la cause paraît évidente, tantôt qu'elle est hypothétique, tantôt inconnue. Aussi au nom de fièvre traumatique a-t-il cru pouvoir substituer celui de fièvre primitive, et il en donne la définition.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Maunoury parle d'abord de la fièvre qui survient lorsque le traumatisme porte sur des tissus sains, puis il passe à l'étude de la fièvre dans les tissus altérés, et il rapporte de nombreuses observations à l'appui.

Ce long et intéressant travail se résume dans les conclusions suivantes :

La fièvre primitive des blessés peut se montrer dans trois conditions différentes. Tantôt elle est causée par une inflammation locale de la plaie, inflammation qui peut aller jusqu'à la suppuration et qui donne lieu à de la fièvre au même titre qu'un phlegmon diffus spontané ou une inflammation viscérale : c'est la fièvre inflammatoire; tantôt elle est due à ce qu'une substance toxique est portée dans la plaie au moment même du traumatisme, nous l'appellerons la fièvre d'inoculation ; tantôt enfin elle semble produite par l'absorption d'une matière septique se formant dans la plaie qui vient d'être faite, c'est la fièvre traumatique véritable.

Dans ces trois cas, les accidents fébriles sont dus à l'introduction d'un virus dans le système circulatoire. Dans le premier cas, c'est le virus inflammatoire qui se forme dans le sein même des tissus enflammés et dont l'intensité d'action est en rapport avec l'état local. Dans le deuxième cas, c'est un virus dont la nature et le mode d'action peuvent être fort variables, suivant le lieu d'où il provient. Enfin dans le troisième cas, c'est le virus traumatique qui se forme dans la couche des tissus sphacélés recouvrant la surface d'une plaie récente.

Ces trois fièvres d'origine différente se manifestent par des symptômes à peu près semblables : ascension de la température, céphalalgie, malaise, etc. Mais on peut arriver à les distinguer l'une de l'autre en se fondant sur le mode de début. La fièvre d'inoculation débute immédiatement après le traumatisme. La fièvre traumatique n'apparaît guère que vingt-quatre heures après, un peu plus tôt dans les plaies contuses, un peu plus tard dans les plaies faites par l'instrument tranchant, mais toujours après un laps de temps suffisant pour que des substances septiques aient pu se former dans la plaie. Quant à la fièvre inflammatoire, elle peut apparaître depuis le moment du traumatisme jusqu'à la guérison complète; mais l'état local étant en rapport avec les troubles généraux permettra de faire le diagnostic.

Le pronostic est fort variable dans les trois cas. Le pronostic de la fièvre inflammatoire sera celui d'un simple phlegmon ou d'un abcès; la gravité de la fièvre d'inoculation variera suivant la nature du virus qui a touché la plaie ; et, quant à la fièvre traumatique, le plus souvent elle est fort bénigne (fièvre traumatique légère), mais parfois elle donne lieu à des symptômes graves d'infection (fièvre traumatique intense, septicémie); il y a là de nombreuses conditions dépendant soit du blessé, soit du milieu, qui sont loin d'être éclaircies dans l'état actuel de la science.

Chacune de ces complications fébriles réclame uue thérapeutique différente. — On s'oppose au développement de la fièvre inflammatoire en évitant la compression et l'étranglement des parties, et en favorisant l'écoulement des liquides retenus dans la plaie. — On peut se mettre à l'abri de la fièvre d'inoculation à l'aide de précautions antiseptiques, lavage des instruments, propreté des mains des aides, nettoyage de la partie où va porter l'instrument; si la région sur laquelle on opère présente des trajets fistuleux ou des clapiers purulents, on aura soin de porter le fer rouge sur tous les points baignés par le pus ou de les badigeonner avec une solution de chlorure de zinc pour détruire les substances septiques, — La fièvre traumatique peut être considérablement atténuée à l'aide de pansements antiseptiques, de pansements fréquents, ou de l'irrigation continue bien faite.

M. Maunoury a essayé de montrer que ces trois fièvres peuvent être séparées l'une de l'autre à l'aide d'une analyse clinique minutieuse, mais en pratique elles peuvent se combiner entre elles de cent manières différentes pour constituer la fièvre primitive des blessés.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Bureau central.* MM. Berger, Monod et Pozzi, viennent d'être nommés chirurgiens du bureau central.

Société protectrice de l'enfance. — *Prix à décerner en* 1878. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : « *Des vers intestinaux comme cause de maladies chez les enfants.* » Elle décernera une médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1878, au meilleur mémoire inédit qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1877, à M. le docteur FONTERET, secrétaire général, place des Célestins, 7.

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 28 juin, sur une population de 1,986,748 habitants, la mortalité a été de 954 décès, soit 31 de moins que la semaine précédente. Ces décès se répartissent ainsi : 727 à domicile; 227 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 27. 5 Juillet 1877

PARIS MÉDICAL

Paris, 5 juillet 1877.

Académie de médecine (26 juin). — Nous pensions entendre la réponse de M. Chauffard à M. Gueneau de Mussy, mais la séance a été remplie par la lecture de rapports. C'est d'abord M. Devilliers qui a lu une petite note additionnelle à son rapport sur les travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance. Après lui, M. Briquet a continué la lecture de son rapport général sur les épidémies. Dans cette partie, il s'est occupé de la diphthérite. C'est là une question actuellement débattue à savoir quelle est son étiologie. Pour M. Briquet, elle est épidémique et contagieuse. Mais la contagion ne jouerait d'abord qu'un rôle bien insignifiant : la maladie prendrait naissance sous l'influence de certaines conditions déterminées, atmosphériques, climatériques ou autres, puis une fois développées, la contagiosité se manifesterait de plus en plus pour rester stationnaire et s'éteindre ensuite.

Nous ne rapporterons pas les neuf conclusions formulées par M. Briquet.

Mais on voit qu'il se rapproche des opinions de M. Chauffard pouvant se résumer ainsi : spontanéité à l'origine, puis spécificité se manifestant de plus en plus avec contagiosité franche ; et résistance plus ou moins marquée à la maladie suivant cette loi des épidémies qui veut que les localités et les sujets prédisposés à subir l'influence épidémique la subissent tôt ou tard et que, lorsqu'on lui a payé un large tribut, on est quitte avec elle, tous les prédisposés ayant été atteints.

Société de chirurgie (27 juin). — M. Larrey revient

sur la ligature des artères dans les plaies. M. Lucas-Championnière avait rappelé qu'il avait lié avec succès les deux bouts de l'arcade palmaire après 27 jours; M. Panas avait également rappelé une opération heureuse de ligature de la radiale dans la tabatière anatomique faite par Nélaton au bout de 42 jours. Nélaton avait pour précepte absolu de rechercher l'artère dans la plaie pour faire la ligature, précepte qui est devenu aujourd'hui celui de tous les chirurgiens. On a bien objecté à la ligature dans la plaie la difficulté de l'opération ; mais grâce à la bande d'Esmark, cette difficulté est tellement amoindrie, qu'on n'a plus de prétexte pour ne point tenter cette opération.

M. Larrey a vu Dupuytren faire la ligature de l'artère dans la plaie et encore ce dernier rappelait-il que, dès le commencement du siècle, Guthrie avait formulé ce précepte. Toutefois, M. Desprès veut qu'on rende cette justice à Nélaton que c'est lui le premier qui a dit qu'on pouvait lier une artère dans une plaie en suppuration.

M. Trélat fait une communication importante sur l'opération d'urano-staphylorrhaphie, opération qui est d'invention assez récente. Le bec-de-lièvre nécessite une opération, dès le bas âge, parce que les deux extrémités alvéolaires tendent à se rapprocher davantage à cette période de la vie; mais si l'on a laissé passer ce temps, il n'y a plus à compter sur le rapprochement des extrémités alvéolaires.

Voici le procédé employé par M. Trélat qui a pratiqué cette opération cinq fois depuis un an chez l'adulte.

Il emploie l'anesthésie, place le malade dans le décubitus dorsal, la tête pendante à l'extrémité de la table d'opération, et applique, pour faciliter l'opération, une sorte de bâillon, fabriqué par M. Collin sur ses indications.

L'avivement se fait suivant la méthode ordinaire. Il est suivi de l'incision libératrice, pour laquelle M. Trélat préfère le bistouri au thermo-cautère. Cette incision doit descendre jusque sur le voile du palais, sans se préoccuper de la section de l'artère palatine postérieure, dont l'hémorrhagie peut-être arrêtée en quatre ou cinq minutes par des irrigations d'eau glacée ou par la compression digitale. Dès que l'incision est faite, M. Trélat se hâte de faire avec une rugine le décollement du lambeau. Ce temps facilite beaucoup l'arrêt de l'hémorrhagie. Après la rugination, l'affrontement

des lambeaux se fait facilement : M. Trélat fait la suture avec des fils d'argent et à l'aide d'une aiguille spéciale.

M. Tillaux établit, au point de vue de la nécessité d'intervenir, une distinction entre les perforations congénitales et les perforations acquises. Chez l'adulte, il hésiterait entre l'opération et l'application d'un obturateur.

M. Nicaise fait un rapport sur une observation de tumeur calcaire de la bourse prérotulienne opérée par M. Trélat. Cette tumeur a été adressée à la Société par M. Comor. Elle s'était développée dans une bourse située au-devant du tendon prérotulien chez une blanchisseuse, et contenait en partie du phosphate et du carbonate de chaux : elle pèse 23 grammes. Ce fait n'est pas rare et on l'observe le plus souvent chez des individus obligés par leur profession à prendre un point d'appui sur les genoux.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Trachéotomie par le thermo-cautère.

Le thermo-cautère a actuellement une tendance à se généraliser dans la pratique et à la séance du 1er juin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, M. Dudon a rapporté l'observation d'une enfant de 4 ans et demi qui fut prise d'un croup d'emblée et auprès de laquelle il fut appelé.

On avait donné un peu de sirop d'ipéca à l'enfant, ce qui n'avait amené aucun résultat. Il proposa l'opération par le thermo-cautère.

Laissons la parole à M. Dudon pour expliquer son procédé opératoire.

« A une heure je procède à l'opération avec l'aide de deux internes distingués de l'hôpital Saint-André, MM. Lagrange et Boinet, l'enfant était déjà en voie d'asphyxie et présentait de la cyanose.

« L'incision de la peau se fit facilement, sans plus de douleur qu'avec le bistouri et sans écoulement de sang; je divisai l'aponévrose superficielle, et je parvins dans l'intervalle qui sépare les sterno-hyoïdiens et les sterno-thyroïdiens. A ce moment voulant pénétrer plus profondément, je me trouvai fort embarrassé : les muscles de la région en se contractant, par suite des

efforts de l'enfant, se rapprochaient et transformaient la plaie en une boutonnière étroite. Je ne pouvais introduire mon doigt pour maintenir la trachée, et je fus obligé de cautériser les muscles pour arriver jusqu'à la trachée; j'y parvins cependant et je l'incisai avec le bistouri; il y eut à peine quelques gouttes de sang.

L'enfant respira facilement aussitôt après l'opération, mais, dès le soir, , il y eut de l'anhélation, le lendemain la canule devint sèche, la respiration devint très-fréquente, plus de trente inspirations par minute et la malade succomba au bout de 48 heures.

La trachéotomie par le thermo-cautère a un sérieux avantage en ce sens qu'elle supprime l'hémorrhagie, mais elle a un grave inconvénient au point de vue de la division des tissus et de la recherche de la trachée. Dans l'opération par le bistouri on maintient la trachée au moyen de l'ongle de l'index gauche glissé au-dessous du tubercule du cartilage cricoïde; avec le thermo-cautère on ne peut introduire le doigt dans la plaie sans courir le risque de le brûler, et en outre les bords de la plaie se rapprochant, il devient d'absolue nécessité d'avoir deux aides pour les écarter, sinon on pénètre à l'aventure et sans pouvoir se rendre compte des tissus que l'on incise et des régions que l'on traverse.

A la rigueur on peut opérer seul avec le bistouri et presque les yeux fermés en dirigeant l'instrument sur l'index gauche; avec le thermo-cautère, il faut une très-grande attention et des aides nombreux. »

M. Dudon s'est déjà servi plusieurs fois du thermo-cautère dans diverses opérations, en particulier pour un cancroïde des grandes et des petites lèvres. Il a dû cependant appliquer une ligature pour arrêter une hémorrhagie : d'où il tire cette conclusion, c'est que le thermo-cautère est insuffisant pour prévenir les hémorrhagies causées par la section d'une artère un peu considérable. Quant à la trachéotomie, M. Dudon pense qu'elle se fait mieux et plus sûrement avec le bistouri qu'avec le thermo-cautère.

Notons cependant que dans cette société, MM. Mauriac, Desmons et Lande se sont montrés partisans du thermo-cautère.

C'est donc une question à l'étude. Quant à nous, notre opinion, si elle peut peser quelque peu dans la balance, c'est que l'opération par le thermo-cautère nécessite un *armentarium* spécial, que tous les praticiens n'ont pas sous la main. Avec le thermo-cautère on marche un peu à l'aveugle; avec le bistouri on sait toujours où l'on est et où l'on va.

Croup traité par le grattage de larynx.

Après le thermo-cautère, voici le grattage. Que n'a-t-on tenté contre le croup? Quel médecin n'est pas venu, un peu prématurément peut-être, raconter des guérisons par des moyens nouveaux. M. Bouchut avait songé au tubage de la glotte, à l'ablation des amygdales, pensant éviter par là l'opération toujours si redoutée de la trachéotomie. Un médecin de New-York, Green s'est imaginé de gratter le larynx et le D[r] Durodié, a obtenu un succès que nous reproduisons d'après la *Gazette médicale* de Bordeaux.

Il s'agissait d'un enfant de sept ans, atteint de croup; les piliers du voile du palais, l'amygdale gauche et la paroi postérieure du pharynx offraient des points tapissés par de fausses membranes de couleur grisâtre. Les ganglions sous-maxillaires engorgés des deux côtés, ainsi que les ganglions situés profondément sur les côtés du larynx; la muqueuse nasale recouverte dans la profondeur, de fausses membranes, et laissant parfois écouler un fluide séreux. On administra de l'émétique de demi-heure en demi-heure. Les matières vomies contenaient des fausses-membranes, les unes brisées par les efforts de vomissements, les autres d'une certaine longueur. Lés accès de suffocation devinrent de plus en plus fréquents, il se manifesta bientôt des signes d'asphyxie. La trachéotomie, seule ressource pour prévenir une terminaison fatale, fut proposée par M. Durodié, mais formellement refusée par les parents.

M. Durodié se décida à employer la médication imaginée par Green, le *grattage* du larynx. Il procéda à cette opération, au moyen d'une baleine recourbée, à l'extrémité de laquelle se trouve une petite éponge, *solidement fixée*. L'enfant étant fortement maintenu, il porta rapidement le doigt indicateur gauche dans le pharynx de manière à arriver plus sûrement sur l'orifice supérieur du larynx, puis, il fit pénétrer la baleine porte-éponge, tenue de la main droite, dans les voies aériennes. Après trois ou quatre mouvements de descente et d'ascension dans le larynx, il retira vivement la baleine porte-éponge; la même manœuvre fut répétée à trois reprises différentes dans chaque séance. Chaque fois l'éponge était recouverte de débris de fausses membranes. L'éponge était simplement humectée d'eau tiède, sans aucune solution caustique. Pendant quatre jours consécutifs, ces manœuvres furent répétées; à ce moment toute crainte d'asphyxie avait disparu. On a continué concurremment avec le grattage du larynx, l'emploi des vomitifs. L'enfant s'est complètement rétabli. Les plaques diphthéritiques du fond de l'arrière-gorge ont

cédé à des cautérisations avec une solution d'acide chlorhydrique et de miel rosat.

Corps étrangers dans les voies aériennes.

Parmi les observations de corps étrangers ayant séjourné dans les voies aériennes, en voici une fort intéressante dont la communication est due à M. de Valcourt.

Le docteur Clément Lucas vient de relater, devant la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, le cas d'un homme âgé de 56 ans, qui conserva, pendant sept semaines, un fragment de canule en argent logé dans la grosse bronche gauche. Cet homme, à la suite d'accès de suffocation, portait depuis quinze ans une canule trachéale, dont le tube extérieur se détacha de son support, le 28 décembre dernier, et tomba dans la trachée. Le malade se présenta à l'hopital, et raconta ce qui lui était arrivé; mais il paraissait si peu gêné qu'on ne crut point son récit, et qu'après lui avoir introduit une canule neuve, on le renvoya. Le 5 janvier il revint à Guy's Hospital, se plaignant de violentes quintes de toux et de dyspnée lorsqu'il se penchait sur le côté droit. Le patient fut chloroformé, et en procédant à l'examen de sa trachée, le chirurgien sentit le tube et chercha en vain à l'extraire; aucun désordre n'en résulta, et le malade sortit de l'hôpital. Il y revint le 29 du même mois, beaucoup plus souffrant, ne pouvant ni dormir, ni travailler. Le docteur Pige-Smith l'examina et trouva de la matité à la base du poumon gauche avec absence de murmure respiratoire. Il y avait impossibilité de se coucher sur le côté droit; des tentatives d'extraction furent aussi infructueuses que la première fois. A la suite, il s'établit une sécrétion fétide et sanguinolente. Enfin, ce ne fut que le 16 février, que le docteur Hulke parvint avec des pinces courtes, à retirer la canule, qui était incrustée d'un dépôt noirâtre sulfhydrique. Sauf une légère anasarque et une abondante sécrétion muco-purulente, il ne survint aucun accident et le malade sortit guéri le 16 mars. Cette observation prouve la remarquable tolérance de la trachée chez un individu qui, portant depuis plusieurs années une canule, avait la partie supérieure de l'appareil respiratoire habituée à la présence d'un corps étranger.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons eu l'occasion de voir chez un grand agronome un bélier magnifique qui tomba tout à coup malade avec des accès de suffocation que rien ne put soulager. Le vétérinaire avouait son embarras. Le bélier

mourut et on trouva dans la trachée un épi de blé qui avait été avalé en entier par l'animal et qui avait fait fausse route.

Œdème de la glotte, causé par un abcès latéropharyngien situé dans le voisinage du repli aryténo-épiglottique droit, chez un enfant âgé de trois mois.

— *État asphyxique de l'enfant; scarification des replis aryténo-épiglottiques; ouverture de l'abcès; guérison.* — M. le Dr HAMBURSION vient de publier, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, l'observation fort curieuse d'abcès latéro-pharyngien, variété digne d'une mention particulière et non décrite dans les ouvrages classiques de Nélaton, de Jaccoud, de Bouchut, de Fauvel, etc. Il s'agit d'un enfant de trois mois qui, à la suite d'une adénite cervicale, présenta la plupart des symptômes imputables à un œdème de la glotte, sans qu'il fût possible de préciser autrement le diagnostic. La véritable nature de l'affection ne fut reconnue qu'après la scarification des replis aryténo-épiglottiques, opération qui fut pratiquée en vue de diminuer une menace de suffocation.

Le débridement à droite du larynx amena un jet d'un pus épais, gris sale, peu louable. L'abcès, du volume d'une grosse noix, siégeait à côté du repli aryténo-épiglottique droit. Aussitôt l'enfant est soulagé; l'amélioration fait des progrès rapides et est suivie bientôt d'une guérison complète.

D'après les symptômes que l'auteur a observés dans ce cas, il est d'avis qu'il y a lieu d'admettre l'existence de l'abcès latéro-pharyngien.

En principe, on ne voit pas pourquoi les abcès de l'arrière gorge siégeraient constamment à la paroi postérieure du pharynx, alors que la paroi latérale de cette cavité est constituée par le même organe. En fait, il doit exister une différence symptomatique entre ces abcès, en raison du siége qu'ils occupent.

Les abcès latéro-pharyngiens, se formant dans le voisinage des replis aryténo-épiglottiques, doivent en provoquer l'œdème bien plus rapidement que les abcès rétro-pharyngiens.

Il y a bien, dans ces derniers, une gêne considérable de la déglutition et de la respiration, mais point cette différence entre la difficulté de l'inspiration et la facilité de l'expiration qui constitue le principal symptôme de l'œdème sus-glottique. Dans l'abcès rétro pharyngien, la déglutition est gênée, au point que les liquides refluent par les narines; il n'en est pas de même dans les abcès latéro-pharyngiens, parce que l'une des moitiés du pharynx reste libre.

En résumé, les abcès latéro-pharyngiens agissent, à l'instar des phlegmons et abcès thyro-hyoïdiens, pour produire l'œdème de la glotte et pour les mêmes raisons.

Un symptôme très-important pour guider le praticien dans la recherche des causes de l'œdème de la glotte, c'est l'existence ou l'absence d'aphonie. Dans l'œdème sus-glottique dû à une lésion du larynx, il y a nécessairement aphonie; dans l'œdème sus-glottique, occasionné par une lésion du pharynx, la voix peut bien être altérée par les modifications survenues dans l'état de l'orifice supérieur du larynx; mais il n'y a point d'aphonie proproprement dite, ainsi qu'il est noté dans l'observation précédente.

M. Hambursin se résume en disant que lorsqu'un malade présentera les symptômes de l'œdème de la glotte, si l'inspection de la gorge, soit par le fait de l'étroitesse de ce conduit, soit par le fait de mucosités qui l'inondent, ne laisse constater aucune lésion, il sera permis de soupçonner une affection du pharynx dans le voisinage des replis aryténo-épiglottiques, s'il n'y a pas d'aphonie. Ces présomptions augmenteront encore, si on peut découvrir un peu de rougeur ou de gonflement sur l'un des côtés du pharynx, si le sifflement de l'inspiration part surtout de l'un des replis aryténo-épiglottiques et enfin s'il se produit une légère intumescence de la région cervicale correspondante.

En pareille occurrence, il ne faut pas hésiter à scarifier les replis aryténo-épiglottiques et la muqueuse voisine.

Ces scarifications, faites avec prudence, ne peuvent donner naissance à aucun accident sérieux. Elles contribuent à faciliter la respiration, en provoquant le dégorgement sanguin et séreux des parties malades. En cas d'abcès dans le voisinage des replis aryténo-épiglottiques, les scarifications donnent issue au pus, et procurent ainsi un résultat aussi heureux que brillant.

Acide salicylique et rhumatisme. — Guérison

Pendant que l'acide salicylique est en vogue à l'étranger et chez nous, enregistrons ses succès tandis qu'il guérit. Un jour viendra peut-être où il ira rejoindre ses devanciers dans l'oubli. Voici une nouvelle observation due à M. le Dr Ross, en Amérique. Elle fait voir la différence des résultats comparatifs obtenus par le sulfate de quinine et l'acide salicylique.

L. P., âgée de 20 ans, fut admise à l'hôpital général de Montréal, le 14 septembre 1876, et confiée aux soins du Dr Ross. Elle était atteinte, pour la première fois, d'un rhumatisme articulaire aigu.

Huit jours avant son entrée, elle commença à ressentir quelques douleurs dans les membres. Ces douleurs augmentèrent pendant la journée. Le lendemain, elle était comparativement délivrée, mais le second jour, elle éprouva une vive douleur dans les deux épaules. Le mal ne tarda pas à quitter les épaules pour se porter sur les hanches, où il resta plusieurs jours, mais qu'il quitta encore pour se fixer enfin sur les articulations des deux genoux, sur les chevilles et les doigts de pieds.

Etat de la malade au moment de l'admission. Vive douleur dans les épaules, aux coudes et aux poignets. Articulations légèrement enflées et chaudes. Les articulations des deux genoux sont douloureuses aussi, le genou droit est légèrement enflé. Température, 39° ; pouls 120, battements du cœur réguliers.

Prescription : — 25 centigrammes d'acide salicylique à prendre toutes les heures. Le lendemain, grand soulagement. Transpiration abondante, salive sensiblement acide.

Le 16 sept. — Sommeil tranquille pendant la nuit. La douleur a disparu de toutes les articulations, excepté de l'épaule gauche. Sentiment de raideur dans les autres articulations. Le médicament est pris seulement de deux en deux heures; urines faiblement acides; salive et transpiration très-acides; transpiration toujours abondante.

17 sept.—C'est-à-dire que, après trois jours de traitement, les douleurs ont complètement disparu, les articulations sont encore un peu raides.

19 sept. Les douleurs ayant complètement disparu, on supprima l'acide salicylique et on donna 60 centigrammes de sulfate de quinine. Mais les douleurs recommencèrent le lendemain, on revint alors à l'acide salicylique, à la dose de 50 centigrammes toutes les deux heures, et l'on supprima le sulfate de quinine. — Le lendemain, par suite d'une erreur, la malade ne prit le médicament que pendant la soirée. Les douleurs étaient revenues avec une grande intensité. Le premier bruit du cœur a un timbre très-dur.

22 sept. — Toute douleur a disparu. Il ne reste qu'un peu de raideur dans les poignets. Pas de changement dans les battements du cœur. — Le même état persiste le lendemain. On prescrit 15 centigrammes d'acide salicylique toutes les quatre heures.

24 sept. — Sommeil prolongé. La malade dit que le remède l'a fait dormir. Langue chargée. La dureté du premier battement s'est changée en un murmure distinct mais doux, avec son maximum d'intensité à la jonction du 5e cartilage avec le sternum. On prescrit l'usage du médicament seulement quatre fois par jour.

29 sept. — Pas de retour des douleurs. Le murmure qui, depuis ces quatre derniers jours, avait toujours été en s'affaiblis-

sant, a tout à fait disparu aujourd'hui. La malade se trouve bien et demande à manger, continue à prendre 25 centigrammes d'acide, quatre fois par jour.

1er octobre. — La malade est sur pied et bien portante. Les articulations dans l'état normal.

De cette observation publiée par le *Canada médical and surgical Journal*, Déc. 1876, il résulte ceci, c'est que, malgré la gravité du cas, le soulagement a été rapide. On crut pouvoir suspendre l'emploi de ce médicament dès qu'on remarqua l'abaissement de la température, mais bientôt tous les phénomènes fébriles et douloureux reparurent et nécessitèrent le retour à la médication par l'acide salicylique.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des expérimentations faites avec ce médicament qui semble aujourd'hui avoir une vogue thérapeutique exceptionnelle.

DIVERS

Luxation incomplète en arrière de l'indicateur sur son métacarpien. — Ces luxations sont tellement rares qu'il faut enregistrer avec le plus grand soin celles qu'on rencontre. Malgaigne n'en a recueilli que neuf cas, et M. de Musgrave-Claye a eu la bonne fortune d'observer le cas suivant. Dans ce cas, ce qui doit surtout appeler l'attention, c'est la facilité avec laquelle la réduction s'est faite :

Georges Z..., âgé d'environ quarante ans, chef de cuisine, en décrochant une plaque à rôtir, d'un poids assez considérable, a senti cette plaque lui échapper ; il a essayé de la retenir, mais il a ressenti à l'indicateur de la main gauche une vive douleur qui l'a forcé à lâchor prise. Pendant la soirée du 16 et la matinée du 17, il a continué à se servir de sa main (mais non de son doigt), un pharmacien lui ayant affirmé qu'il n'avait rien de démis. Le 17, dans l'après-midi pourtant, sa main a continué à enfler, les douleurs sont devenues plus vives que la veille au soir, et on constata l'état suivant : tout autour de l'articulation métacarpo-phlangienne de l'index, il existe un gonflement assez marqué pour masquer la saillie qui fait face à la dorsale de la main la première phalange luxée ; mais à la palpation, cette saillie, qui mesure environ 5 millimètres, est très-nettement constatée. L'indicateur est dans l'extension ; ses mouvements de flexion ne sont pas absolument impossibles, mais ils sont très-limités et très-douloureux ; les mouvements par lesquels on es-

saie de rapprocher et d'écarter l'index du médius paraissent plus douloureux encore. Il est à remarquer que l'index n'est pas resté parallèle aux autres doigts, mais qu'il est assez fortement dévié vers le pouce, formant ainsi un angle aigu avec le médius. Il n'y a pas de raccourcissement. — A la face palmaire, la saillie du métacarpien existe, mais elle est assez difficile à sentir à cause des callosités que présente la main du malade.

En présence de ces signes, et malgré la rareté de cette lésion, on ne pouvait méconnaître une *luxation incomplète en arrière de l'indicateur sur son métacarpien.* La *réduction* n'a présenté aucune difficulté; M. Musgrave-Claye l'a pratiquée en exerçant sur l'indicateur une forte traction avec la main droite, pendant que le pouce de la main gauche appuyait fortement sur la tête de la phalange: un léger craquement et la disparition brusque et complète de la saillie donnèrent la preuve que la réduction était opérée et qu'elle était complète. Deux attelles en carton, l'une palmaire, l'autre dorsale (celle-ci maintenant un tampon de ouate appliqué sur l'articulation), et une bande roulée ont fait tous les frais de l'appareil de contention.

Le lendemain, la réduction s'était maintenue; le malade n'avait pas souffert et pouvait déjà faire avec l'index quelques mouvements qui paraissaient plus gênés que douloureux. Il devait revenir au bout de quelques jours, mais n'a pas reparu; mais M. Musgrave-Clay a appris indirectement qu'il avait pu reprendre son travail au bout de très-peu de temps.

Du traitement des affections cancéreuses par l'acide acétique et les acétates. — Que n'a-t-on essayé contre les affections cancéreuses qui ont été et seront pendant longtemps la terre promise de charlatan?

Voici un médecin qui donne communication d'un procédé qui ne guérit pas, mais qui calme les douleurs, retarde la marche de la maladie. N'est-ce pas déjà beaucoup dans ces terribles affections?

M. le Dr Eug. Curie vient d'adresser la note suivante à l'Académie des sciences sur le traitement des affections cancéreuses:

« J'ai obtenu, dit-il, dans le traitement des cancers du sein, de l'utérus et de l'estomac, d'excellents effets de l'emploi de l'acide acétique ou des acétates. On voit, sous l'influence du traitement, les douleurs cesser, la tumeur s'arrêter dans son développement et parfois même rétrograder.

« Je n'oserais pas affirmer que l'action soit persistante, parce mon expérience est de date trop récente; mais je ne crois pas trop m'avancer en assurant que l'amélioration doit être assez

fréquente pour être prise en sérieuse considération, quand même il ne s'agirait que d'un palliatif.

« Cette action bienfaisante a dû être entrevue, mais mal comprise, puisqu'on a attribué à ces substances une action curative contre des tumeurs qu'on supposait de nature scrofuleuse.

J'ai employé l'acide acétique en solutions étendues pour l'usage externe, et à l'intérieur les acétates de chaux ou de soude, à la dose de 2 grammes par jour. Cette dose est bien supportée et n'est pas difficile à prendre en solution aqueuse ou dans un sirop. »

Ce ne sera là qu'un palliatif, évidemment; mais, même à ce titre, s'il est bon, il est à noter.

Grossesse sans lésion de l'hymen. — Le professeur G. Braun (de Vienne) vient d'étudier à nouveau cette question, et il est d'avis que la persistance de l'hymen, au point de vue médico-légal, n'est pas un signe de virginité. Dans le *Wiener Mediz. Wochenschrift*, il a publié trois cas où il y a eu grossesse avec hymen intact. Dans le premier cas, l'urèthre était dilaté de 3 centimètres et avait servi pendant longtemps d'organe de copulation, bien que les fonctions de la vessie n'eussent jamais été troublées. L'auteur pense que, dans une tentative de copulation, l'orifice habituel n'a pas été trouvé ou n'a pas été trouvé assez vite, que l'éjaculation a eu lieu sur l'hymen et que le sperme a passé à travers l'orifice dans le vagin, la matrice et jusque sur l'ovule.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune fille de 15 à 16 ans qui devint grosse après l'introduction probable d'un pénis très-petit et dont l'hymen était resté intact.

Dans le troisième cas, il s'agissait également d'une grossesse, mais cette fois sans introduction du pénis. Le jeune homme raconta qu'un dimanche il avait touché du piano ayant la jeune fille sur ses genoux, que pendant qu'il l'embrassait il avait soulevé ses jupons et pressé son penis contre les cuisses de la jeune fille et que les deux s'étaient sentis mouillés. Le temps que cela dura a dû être fort court, car on avait laissé ouverte la porte de la chambre voisine dans laquelle se trouvaient la mère et la sœur de la jeune fille qui n'avait cessé de converser avec elles. Au temps voulu, l'accouchement se fit régulièrement.

D'où l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'intégrité seule de l'hymen n'est pas un signe de virginité au point de vue gynécologique,

2° L'hymen peut avoir une élasticité telle qu'un pénis peu volumineux puisse le franchir sans laisser de traces de son pas-

sage, de telle sorte qu'une femme peut être réputée vierge au point de vue anatomique sans l'être en réalité.

3° L'introduction d'un membre viril dans le vagin n'est pas nécessaire pour que la fécondation puisse avoir lieu; il suffit pour cela de la présence du sperme dans la vulve.

4° L'intégrité de l'hymen ne constitue pas un obstacle à l'accouchement.

—**Diète lactée dans les maladies de la vessie.**—M. le Dr Johnson, qui a employé avec succès la diète lactée dans la dyssenterie, dans la fièvre typhoïde, dans la diarrhée chronique et dans l'albuminurie aiguë, l'a employée également avec avantage dans les maladies de la vessie et il rapporte dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de Gand l'observation suivante :

Une jeune femme de dix-sept ans souffrait depuis plusieurs mois de violents accès de douleurs à la vessie, si bien que durant une période de deux à trois heures, elle avait des envies d'uriner toutes les deux ou trois minutes. Les pilules d'opium, les bains de siége chauds ne procuraient qu'un soulagement momentané. L'usage d'huitres ou de poissons provoquaient constamment une attaque. L'urine était acide et contenait du pus. La malade se décida à se soumettre à la diète lactée, tout en continuant les bains de siége chauds et les opiacés, La guérison fut complète au bout de neuf mois : toutefois la malade était encore sujette aux récidives, qui disparaissaient par l'usage du lait continué durant vingt-quatre heures. Le docteur Johnson rapporte deux autres cas de cystite chronique, où la cure de lait réussit sans l'aide d'aucune espèce de médicament.

Le lait doit être pris froid ou tiède, et jamais plus d'une pinte à la fois. Certaines personnes digèrent mieux le lait bouilli ; le lait riche en crême peut produire des dérangements de l'estomac et la diarrhée; dans ces cas il faut donner du lait écrémé. Cependant la crême peut prévenir la constipation. Le Dr Johnson croit pouvoir recommander l'usage du lait après l'opération de la lithotritie et de la lithotomie, dans le but de combattre l'irritation mécanique de la muqueuse vésicale.

BIBLIOGRAPHIE

Les Etats-Unis. *Notes sur l'organisation scientifique, les Facultés de médecine, les hôpitaux, la prostitution, la syphilis, l'hygiène, etc.*, par le Dr GUICHET. 1 volume in-18 de 180 pages, chez A. Delahaye et Cie. — Prix : 2 francs.

C'est par la comparaison de ce qu'on fait à l'étranger et de ce

que nous faisons que l'on comprend toutes les améliorations réalisables dans nos institutions. M. le Dr Guichet est allé visiter les Etats-Unis lors de l'Exposition de 1876, et il a profité de son voyage pour visiter en médecin la capitale du Nouveau-Monde. Son livre est plein d'attraits, d'une lecture facile, d'un intérêt toujours croissant. Il nous raconte ses visites dans les établissements hospitaliers : à New-York, à Bellevue, à Blackwell, à Randal et à Ward, à l'Asile des Ivrognes, aux maisons d'aliénés.

Voulons-nous connaître l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis ? M. Guichet nous servira de guide dans les colléges qui sont très-nombreux dans ce pays de la liberté. A Philadelphie, par exemple, il n'y a pas moins de huit colléges et universités, sans compter les nombreuses institutions scientifiques, et on compte cinquante-trois hôpitaux, asiles ou dispensaires. M. Guichet nous fera faire connaissance avec tous les professeurs, qui sont nombreux et avec leur enseignement. Il y a, en Amérique, des cours publics; mais il y a aussi des cours privés, et nous avons appris avec plaisir par notre confrère que notre méthode d'enseigner l'anatomie dans nos cours particuliers est acceptée aux Etats-Unis.

Ce petit livre n'est pas susceptible d'être analysé ; mais il est très-portatif, peut tenir dans la poche et faire passer agréablement et fructueusement deux ou trois heures en promenade ou en wagon.

L'Art d'élever les Enfants,
par le Dr Brochard, rédacteur en chef de la *Jeune Mère*.

Ce petit livre n'est ni une œuvre de science, ni une œuvre de commerce. C'est une œuvre de propagande morale et sociale à laquelle sont conviées toutes les personnes qui se préoccupent de la dépopulation de la France.

Les nouveau-nés qui, chaque année, succombent par milliers, ne meurent pas de maladies. *Tous meurent de fautes commises contre l'hygiène.* Apprendre aux mères à élever leurs enfants est le seul moyen de diminuer cette mortalité sans nom, qui est un outrage à la morale, à la religion, à la société.

Que les Ministres de la religion, que les Dames patronnesses des Œuvres de bienfaisance et de charité, que les lectrices de *la Jeune Mère*, que les personnes chargées de faire exécuter la loi Roussel, que les Présidents de Cercles d'ouvrièrs, les Chefs d'ateliers, etc., répandent cet opuscule ; que les Curés de paroisses, que les Secrétaires des Mairies le donnent où il y a un mariage, partout où il y a un baptême; que les Instituteurs le propagent dans les campagnes, bientôt il sera entre les mains

de toutes les mères, de toutes les nourrices, *toutes les femmes, alors, sauront élever leur nourrissons.*

Les milliers de nouveau-nés qui meurent aujourd'hui prématurément seront conservés à la vie, à leurs familles, à la société, et la France reprendra, au point de vue de l'accroissement de la population, le rang qu'elle avait autrefois et qu'elle n'aurait jamais dû perdre.

Prix *franco* : 25 centimes, à Paris, chez l'Auteur, 47, rue Bonaparte et chez tous les libraires.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants sont priés de déposer au secrétariat leurs feuilles d'inscription, la veille du jour ou ils doivent prendre l'inscription.

MM. les étudiants qui désirent concourir pour l'admission à l'emploi d'élèves de l'école de santé militaire du Val-de-Grâce, trouveront au secrétariat de la Faculté les instructions dont ils peuvent avoir besoin.

Concours pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale. — Un concours public pour la nomination à deux places de chefs de clinique médicale aura lieu cette année dans le courant de juillet.

Le jour de l'ouverture de ce concours sera ultérieurement fixé.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine âgés de moins de trente-quatre ans.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté du 1er au 10 juillet prochain, tous les jours de une heure à quatre heures.

La Faculté de médecine et le Conseil municipal. — Le Conseil muuicipal dans sa séance du 28 juin a réglé différentes questions d'édilité; il a adopté entr'autres le rapport de M. Viollet-le-Duc sur la construction de l'École de médecine. La dépense à la charge de la ville est évaluée à 2,586,335 francs.

Mortalité à Paris. — Pendant la semaine finissant le 28 juin, sur une population de 1.986.746 habitants la mortalité a été de 852 décès, dont 653 à domicile, et 199 dans les hôpitaux, soit 102 de moins que la semaine précédente. Toutes les maladies ont été en décroissance excepté la diarrhée cholériforme qui de 29 décès s'est élevée à 37. La cause peut être attribuée à la chaleur excessive de la saison.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 28. 12 Juillet 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 12 *juillet* 1877.

Académie des sciences (27 juin). — Il y a quelques années, on faisait grand bruit à l'Académie de médecine et ailleurs de l'inoculation de la syphilis avec le vaccin pris sur des sujets syphilitiques. Quelques médecins ont protesté contre l'accusation portée sur ce vaccin et ont soutenu avec conviction et preuves à l'appui que le virus vaccin ne produisait que le vaccin, mais que, s'il survenait des accidents syphilitiques, c'est qu'on avait puisé dans la pustule, non-seulement la sécrétion vaccinale, mais encore du *sang*. A l'une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. Vulpian a présenté de la part de M. Raynaud une note sur la lymphe comme agent de propagation de l'infection vaccinale. M. Raynaud a voulu savoir si la lymphe provenant d'une région vaccinée était chargée de virus, et il a entrepris des expériences dans ce but.

Laissons de côté les détails relatifs à ses expériences, mais ce qui ressort de son travail, c'est la preuve de la virulence de la lymphe provenant d'une région vaccinée.

M. Reynaud est porté à croire que si le sang est susceptible d'acquérir des propriétés virulentes, il les doit à la lymphe qui est incessamment versée dans le torrent circulatoire par le canal thoracique.

Académie de médecine (26 juin, 3 juillet), — Nous ne suivrons pas M. Sée dans la première partie de sa communication sur l'acide salicylique, partie exclusivement consacrée à la chimie et aux effets physiologiques de cet agent découvert, vers 1830, par Leroux, pharmacien à Vitry-le-

François. Au point de vue pratique, l'acide salicylique a été employé d'abord et surtout contre les maladies zymotiques, septicémie, diabète, etc., mais sans effet bien marqué. On ne s'en est pas tenu là et l'on s'est demandé si les fièvres spécifiques et les phlegmasies ne seraient pas heureusement influencées par ce médicament, soit employé sous sa forme simple ou bien associé à la soude ou à l'ammoniaque.

Si les essais n'ont pas été encourageants dans les maladies précitées, il n'en est pas de même pour le rhumatisme qui aurait trouvé là son spécifique. M. Sée cite des résultats merveilleux : sur 52 cas de rhumatisme aigu, il aurait vu la cessation des douleurs en douze ou vingt-quatre heures, à la suite de l'administration du salicylate de soude.

Ce n'est pas seulement dans le rhumatisme aigu que le salicylate de soude opère des effets si remarquables : il convient au rhumatisme chronique, au rhumatisme fibreux, enfin même au rhumatisme noueux, dans lequel il apporte du calme au moment des crises douloureuses. Les observations sont ici moins nombreuses ; cependant il est à noter que dans 3 cas d'arthrite noueuse il y a eu des effets immédiats très-remarquables.

Mais ainsi que nous le disions dans notre précédent numéro, il faut attendre la fin. M. Empis est venu refroidir l'enthousiasme des partisans de l'acide salicylique en citant un fait malheureux, fait dans lequel un rhumatisant, guéri en trois jours de douleurs aiguës par l'acide salicylique, mourut subitement, sans qu'on puisse attribuer la mort à une affection du cœur ou du cerveau. M. Ricord a rapporté un autre cas moins malheureux, mais dans lequel on a attribué quelques méfaits à l'acide salicylique

De tout cela que conclure? Laissons les expérimentateurs poursuivre leurs essais thérapeutiques; tenons-nous en observation, enregistrons avec impartialité succès et revers et, quand le temps se sera prononcé, nous verrons si l'acide salicylique ou ses composés tiennent tout ce qu'on promet en leur nom. En tous cas, voici le mode d'administration :

Le point important, c'est de ne pas dépasser 10 grammes par jour, de distribuer les doses en petites fractions, régulièrement espacées d'heure en heure, puis de deux heures

en deux heures ou même de trois heures en trois heures lorsqu'on aura obtenu l'action sédative; la médication ainsi comprise paraît quant à présent très-justifiable : d'ailleurs, au moindre symptôme de collapsus, on cesserait l'emploi du médicament. Un dernier point important à considérer, c'est l'action du salicylate sur l'ouïe, il faut prévenir les malades, les encourager à supporter les sensations qui sont souvent très-pénibles : c'est là une propriété défavorable du salicylate de soude que compense largement la cessation des douleurs.

Mais M. Bouillaud qui a une très-vaste pratique et qui est, de tous les médecins, celui peut-être qui a vu le plus de rhumatismes, n'accorde qu'une confiance très-limitée dans les merveilleux effets de l'acide salicylique, et, pour nous, c'est encore l'avis que nous suivrons.

Société de chirurgie (4 juillet), — Le thermo-cautère a encore fait son apparition à la Société de chirurgie. M. Tillaux a présenté au nom de M. Féréol une observation d'empyème opéré par le thermo-cautère. Le malade était phthisique et atteint de pleurésie purulente. L'opération fut longue, douloureuse; la plaie demeura béante; il y eut décollement du périoste des côtes dans le voisinage de la plaie et le malade mourut, — non de l'opération, — mais de la tuberculose.

Or, l'empyème est une opération facile et qui ne réclame pas l'emploi du thermo-cautère; peut-être serait-il préférable d'avoir recours à ce procédé dans le cas de pleurésie gangréneuse. MM. Tillaux et Verneuil sont de cet avis.

M. Berger, de son côté, est venu présenter une malade à laquelle il a fait la trachéotomie avec le thermo-cautère. L'opération a réussi.

Malgré ce succès, nous nous demandons toujours si le bistouri n'est pas préférable et nous avouons notre préférence pour l'instrument tranchant.

M. Nicaise a publié une intéressante observation d'*épanchement sanguin de la fesse*, que nous reproduirons dans le prochain numéro.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Cachexie grave; — Traitement par l'injection hypodermique de sang défibriné; — Guérison.

Voici une observation extrêmement intéressante, qui pourrait faire abandonner dans la pratique l'opération de la transfusion du sang. Quoique ceux qui ont pratiqué cette dernière opération la signalent comme facile, tous les praticiens n'ont pas sous la main l'arsenal chirurgical nécessaire. Avec la petite seringue à injection hypodermique que tout le monde possède, tout médecin pourrait immédiatement obvier aux accidents causés par les pertes de sang très-abondantes ou par la cachexie. M. le docteur Schmeltz vient de communiquer l'intéressante observation suivante à la Société médicale de Strasbourg :

Un hôtelier de Saint-Hippolyte (Haut-Rhin), âgé de plus de 60 ans, l'avait consulté en 1874; il était malade depuis longtemps et toujours alité par suite de son extrême faiblesse. Réduit presque à l'état de squelette, ayant les poumons dans un état très-mauvais, il expectorait de gros crachats d'un jaune noirâtre. La submatité presque générale du thorax et le souffle bronchique très-fort, avec crépitation, etc., qui s'y révélaient, symptômes joints à l'existence de la fièvre hectique, tout cela faisait croire que le malade succomberait bientôt.

La longue durée de la maladie, le manque presque total d'appétit et de forces, la consomption fébrile avaient produit un état anémique très-profond : les tissus étaient décolorés et le pouls presque filiforme. Des névralgies multiples s'ajoutaient à des syncopes fréquentes et à la dyspnée.

L'estomac commençait à refuser d'accepter quoi que ce fût, aliments et médicaments.

Le Dr Karst observant que des épanchements de sang considérables sont souvent résorbés complètement et très-vite, sang et fibrine, crut qu'on peut, moyennant une seule injection, faire résorber 5 à 10 grammes de sang défibriné; ainsi si l'on fait en une séance en 5 ou 6 endroits différents du corps d'un homme une semblable injection, pourrait-on donner à un pareil individu 30 à 40 grammes de sang.

Une pareille pratique ne serait-elle pas au moins aussi rationnelle dans beaucoup de cas d'anémie que l'emploi interne du fer, et de plus ces injections ne seraient-elles pas indiquées quand

on ne peut faire parvenir à l'estomac des aliments, comme par exemple dans des rétrécissements de l'œsophage, au lieu des lavements nutritifs et des injections hypodermiques alimentaires, telles que le lait et les jaunes d'œufs qu'on a injectés sous la peau? Les injections hypodermiques de sang seraient supérieures à la transfusion, dans tous ces cas, parce que : 1° elles seraient moins dangereuses que cette dernière, et 2° qu'un malade accepterait plutôt cette opération, alors qu'il connaît le peu de danger des injections de morphine. Quant à la question de savoir d'où il faut prendre le sang, un parent le fournirait facilement en se faisant ventouser. On pourrait, du reste, aussi se servir du sang défibriné.

Le Dr Karst avait expérimenté sur un lapin avec du sang défibriné, et le résultat l'avait pleinement satisfait : résorption du sang au bout de 20 heures et état excellent de l'animal.

Nous avons pour principe de nous tenir en garde contre tous ce qui nous vient de l'Est. Mais ce procédé est simple, commode et facile à mettre en pratique : de plus il n'est pas dangereux et n'expose pas à des accidents.

M. le Dr Rimand s'est guéri et a guéri des anémiques en leur faisant boire du sang de veau, immédiatement après l'abattage. Mais ce procédé repugne à beaucoup de gens, et l'injection hypodermiqne aurait tous les avantages en sa faveur sans avoir les inconvénients.

Voici comment opéra M. Schmetz : Fourni par le fils du malade, moyennant quelques ventouses appliquées dans le dos, le sang ainsi recueilli fut défibriné. Un verre conique, recouvert d'une flanelle, servit à la défibrination. Une seringue en verre, garnie d'une aiguille creuse et pouvant renfermer 5 grammes de liquide, fut remplie de ce sang défibriné et une première injection hypodermique était pratiquée à la partie moyenne du bras. On injecta ainsi successivement la même quantité de sang sous la peau de l'avant-bras droit, du bras et de l'avant-bras gauche, des cuisses et des jambes. Huit injections avaient été faites et par conséquent 40 grammes de sang défibriné avaient été déposés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les bosses sanguines se résorbèrent au bout de 2 jours. L'état général du patient s'améliora très-rapidement. L'inappétence complète disparut. Le pouls de filiforme devint large et dur et battit 80 fois à la minute. La céphalalgie, l'anxiété, les battements de cœur, la faiblesse extrême firent place à un grand soulagement, et le patient put dormir. Huit jours après l'opération, le malade se levait et entrait en convalescence. Aujourd'hui près de 3 années se sont écoulées depuis lors, et le bien-être du malade continue à tel point qu'il se passe de soins médicaux depuis plus de 2 ans.

Cette observation si intéressante démontre que l'injection hypodermique de sang peut être utile dans bien des cas où la transfusion est indiquée. Elle a cet avantage sur cette dernière qu'elle ne présente aucun danger, que le malade s'y résout très-facilement et que l'on peut se procurer le sang moyennant l'application de quelques ventouses. Aussi chaque fois que l'organisme est affaibli à la suite d'affections chroniques pulmonaires ou abdominales, qu'il est détérioré consécutivement à des fièvres longues et graves, en un mot, dans tous les cas d'anémie, alors surtout que l'estomac refuse toute nourriture et tout médicament, les injections hypodermiques de sang peuvent donner les meilleurs résultats et ramener à la vie, comme le prouve le cas de notre malade.

Peut-on introduire des injections liquides dans la vessie sans l'intermédiaire d'une sonde?

Telle est la question que s'est posée M. Duchaussoy à la Société de médecine pratique. Pour lui, rien n'est plus facile, et pour sa part, il a recours à ce procédé depuis près de dix ans avec un plein succès. Pour ces injections, il se sert d'une poire en caoutchouc d'une contenance déterminée (100 à 120 grammes environ) et terminée par un embout conique que l'on introduit dans le méat urinaire jusqu'à l'obturer complètement. Une pression très-modérée exercée sur le réservoir suffit pour faire pénétrer dans la vessie telle quantité de liquide que l'on veut. Au bout de quelques séances les malades sont exercés à cette manœuvre qui devient ensuite très-facile à pratiquer. Ce procédé est indiqué surtout lorsque l'urèthre est enflammé et irritable et lorsque le contact d'une sonde devient difficile à supporter. Cette méthode est employée avec succès pour des malades dont l'urèthre irritable ne peut tolérer l'introduction d'un cathéter. Elle paraît indiquée surtout dans les cas où l'on a à craindre de réveiller des manifestations diathésiques (tubercules par exemple) du côté des organes, tels que la prostate où ces manifestations se produisent avec facilité. Dans ce cas, le contact des sondes doit être évité, parce qu'il peut être la cause déterminante de ces manifestations.

Traitement de la pleurésie aiguë franche chez le vieillard.

En général on considère la pleurésie comme une affection grave chez le vieillard. La discussion soulevée à la dernière

séance de mai à la *Société médicale des hôpitaux* (*Voir* n° 23), tend à infirmer ce pronostic. Voici le résumé d'une observation communiquée par M. Strauss, et si nous revenons sur cette question, c'est à cause de son importance au point de vue pratique.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, placée dans son service et qui le 25 mars dernier, a été prise d'oppression sans douleur thoracique ; il existait de la matité aux deux tiers inférieurs du poumon gauche; pas de vibrations ; œgophonie ; ni toux, ni expectoration ; bruits du cœur sourds ; peu d'urine : en résumé, il y avait tous les signes d'un épanchement abondant, probablement aigu dans la plèvre gauche. La thoracentèse était indiquée, l'âge seul faisait hésiter. Cependant, elle fut pratiquée par l'appareil de M. Potain. Après huit ou dix minutes, le pouls fléchit, il y eut sensation d'angoisse, et M. Strauss craignit une syncope qui n'eut pas lieu. On retira un litre et demi de sérosité jaune, citrine, mousseuse, transparente, sans pus ni sang. Pas de quintes de toux après l'opération. Potion de Todd et café chaud. Le lendemain retour de la matité : Nouvelle potion de Todd et macération de 0,30 à 0,40 de feuilles de digitale dans un litre d'eau.

Le 27 mars, amélioration notable ; vésicatoire et macération de digitale. L'épanchement se résorba peu à peu, et le 9 avril, la malade se levait, la respiration était rétablie et la guérison fut parfaite.

Ces pleurésies franches sont rares et surtout graves, d'après presque tous les praticiens.

Dans le cas précédent, la thoracentèse était une opération de nécessité, et cependant, ce n'est pas sans hésitation que M. Strauss l'a mise en pratique. Les moyens médicaux eussent été longs et interminables ; les révulsifs et les dérivatifs eussent eu une action trop lente. La thoracentèse fut donc pratiquée, mais en ayant soin de ne donner issue qu'à un écoulement lent de liquide.

Traitement de la colique hépatique.

Quand le médecin est appelé auprès d'un malade affecté de coliques hépatiques, la première indication consiste à calmer les douleurs et le plus promptement possible, car les douleurs sont intolérables.

Pour calmer la douleur de la colique hépatique, MM. Barth et Besnier conseillent de placer le malade dans un bain tiède, et de l'y maintenir le plus longtemps possible. En même temps, on administre le chloroforme, par la bouche ou en lavement, à la dose de 1 à 2 grammes, dans du sirop ou dans du lait, en inhala-

tions, si l'intensité des douleurs l'exige, mais sans avoir la certitude de procurer un soulagement durable. Après le chloroforme viennent les préparations opiacées, que l'on administre à doses fractionnées (1 centigr. d'extrait thébaïque tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou toutes les heures), ou une potion contenant 0,05 de sel de morphine, ou bien on pratique les injections hypodermiques. Localement, on fait des frictions avec l'extrait de belladone, ou avec des préparations opiacées; on applique des ventouses sèches, des sinapismes. Certains malades se trouvent bien de fomentations chaudes; d'autres sont soulagés par l'application de vessies remplies de glace. C'est un moyen que nous ne saurions trop recommander et qui a l'avantage d'arrêter les vomissements douloureux et opiniâtres. Le massage méthodique de la région a paru quelquefois faciliter l'issue des concrétions; il en est de même des douches sur la région de la vésicule biliaire. Dans l'intervalle des crises, on conseille l'usage des eaux minérales alcalines (Vichy, Vals) en boisson ou en bains. — Alimentation mixte, animale et végétale, dans laquelle on fera dominer les végétaux frais, herbacés; abstinence des farineux, des huiles, du vinaigre, des substances grasses, des pâtisseries, parce que leur digestion est laborieuse pour des sujets dont la fonction biliaire est altérée.

M. Barth a quelquefois aussi employé l'éther en lavement, à la dose d'une cuillerée à café pour un quart de lavement. C'est un procédé que nous avons quelquefois employé avec succès, mais seulement à la dose de une demi-cuillerée à café.

Mort subite par corps étranger dans la trachée chez un jeune garçon âgé de trois ans et onze mois, par M. le Dr Odier, de Genève.

Ce jeune enfant était à table à côté de sa mère à prendre sa tasse de lait, quand on le vit pencher la tête et pâlir subitement. La mort a eu lieu en deux ou trois minutes, sans lutte, sans cyanose. Tous les essais pour le ramener à la vie ont été infructueux. A l'autopsie, le Dr Odier a trouvé sur l'épiglotte un petit fragment de pain et au milieu de l'éperon de la bifurcation des bronches un peu de lait avec de la purée de pain, qui n'oblitérait nullement la lumière de la bronche. Un peu plus bas dans les bronches, le Dr Odier a retrouvé également des petits fragments de la même purée, de la grosseur d'une tête d'épingle. La mort a dû arriver par syncope et non par suffocation. Le cœur et les poumons étaient parfaitement sains; il n'y avait pas d'ecchymoses sous-pleurales, point d'écume bronchique.

Cette observation communiquée par M. le Dr Odier à la Société médicale de Genève a permis à M. le Dr Juillard de citer un cas analogue chez un enfant de neuf ou dix mois, chez qui la mort avait été occasionnée par du lait coagulé dans la trachée.

De ces observations on peut rapprocher la rapidité de l'asphyxie chez les enfants opérés du croup et qui sont *décanulés*. Une simple émotion peut les faire bleuir et succomber à l'asphyxie. Le chirurgien ne doit pas perdre de vue cet accident qui pourrait déterminer la mort de l'opéré au moment où l'on ne s'y attendrait pas.

Extraction d'une sangsue fixée dans l'œsophage.

Nous avons rapporté dans le n° 27 un procédé fort simple pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. En voici un d'une autre espèce mis en usage par un médecin espagnol, M. le docteur T. Valera y Zimeriez.

Un enfant avait avalé une sangsue qui s'était fixée dans l'œsophage et que les différents moyens mis en usage (vomitifs, solutions salées, etc.), n'avaient pu détacher. M. Valera y Zimeriez parvint à l'extraire avec l'instrument suivant :

Il prit une sonde renflée à son extrémité inférieure et coupée elliptiquement. Sur cette section venait s'adapter une plaque maintenue par un fil fixé au milieu et ressortant par l'autre extrémité de la sonde. Après avoir insensibilisé le pharynx par l'application d'une solution forte de bromure de potassium, il introduit l'instrument au-dessous de la sangsue et retire un peu la sonde, de façon à l'éloigner de la plaque inférieure; puis il injecte une solution concentrée de chlorure de sodium et au bout de quelques instants, en retirant le fil, il détache la sangsue et la retire enfermée dans le renflement de la sonde.

L'auteur recommande ce procédé qui lui a donné un si brillant résultat et dans un cas où les accidents présentés par le malade sont faits pour tant effrayer les personnes qui l'entourent.

Kyste sébacé très-volumineux de l'orbite traité par la ponction et l'aspiration avec l'appareil de Dieulafoy, par M. le Dr Terson (de Toulouse).

A la suite de kératites répétées, une dame de 55 ans avait perdu l'œil droit. Quelques années après, il s'est développé du côté opposé une tuméfaction de la région supérieure et interne de l'orbite, accompagnée de douleurs névralgiques, intermittentes

dans la partie correspondante du front, sans rougeur ni gonflement de la peau. L'œil se dévia peu à peu, se porta en bas, à ce point que, pour voir, la malade était obligée d'attirer fortement en bas sa paupière inférieure qui recouvrait entièrement le globe.

En mars 1876, la tumeur avait augmenté de volume; on sentait une fluctuation manifeste dans tout le plancher supérieur de l'orbite, et même jusqu'au-dessus du sourcil. L'œil était maintenu immobile en bas et en dehors; les douleurs étaient devenues intolérables, et la circulation gênée au point qu'un chémosis volumineux entourait la cornée; absence de gonflement de la paupière supérieure.

M. Terson plongea, dans un point déclive et fluctuant de la tumeur, une forte aiguille creuse de l'aspirateur de Dieulafoy; rien ne sortit spontanément, mais à peine l'aiguille fut-elle adaptée au corps de pompe, qu'un liquide très-épais, d'une couleur un peu plus blanche que du pus phlegmoneux, apparut dans l'instrument. Il s'en écoula ainsi le tiers d'un grand verre environ; puis l'appareil devint impuissant. L'aiguille retirée, comme on voyait sourdre par la plaie un peu de matière grumeleuse, à l'aide de pressions ménagées, M. Terson parvint à en évacuer autant qu'il en avait retiré avec l'aspirateur. Cela ressemblait de plus en plus aux grumeaux graisseux que l'on trouve dans les petits kystes des paupières, appelés chalazions. Le liquide, examiné au microscope, fut trouvé fortement chargé de matières grasses, et sans globules de pus.

Les jours suivants, pas de réaction générale; léger suintement par la plaie, puis oblitération de l'ouverture.

Un an après, il y avait bien un certain épaississement du tissu osseux, mais la vue était conservée et l'œil avait en partie repris son mouvement,

---

DIVERS

Admission des malades dans les hôpitaux. — Que va-t-il sortir de cette campagne tentée par la Presse médicale et portée au Conseil municipal de la Seine pour l'admission des malades dans les hôpitaux? C'est là une grave question. Le lit à l'hôpital, par le temps qui court, est une faveur et devrait être un droit. Le médecin du Bureau de bienfaisance a-t-il parmi ses malades un indigent ne pouvant être soigné chez lui? S'il ne connaît pas un médecin ou un chirurgien des hôpitaux, il n'a pas plus d'autorité que le premier individu venu pour faire entrer son malade dans le service hospitalier. Et cependant le Bureau de bienfaisance devrait être, pour ainsi dire, le premier stage avant d'entrer à l'hôpital. Notre confrère Dupouy s'exprime ainsi à ce sujet:

« L'opinion publique vient de faire entendre sa voix dans une question qui aurait dû trouver, depuis longtemps, sa solution dans les sentiments d'humanité de l'administration de l'Assistance publique. Nous voulons parler de l'admission des malades dans les hôpitaux.

« Tout le monde sait comment se pratique cette admission : A la consultation de l'hôpital où le médecin traitant peut disposer des lits de son service qui sont vacants (et cela ne dépasse pas généralement cinq ou six), — et au bureau central d'admission, situé au parvis Notre-Dame. Quand les lits manquent, les malades sont renvoyés au lendemain ou au surlendemain.

« Et il arrive souvent qu'après deux ou trois voyages fatigants, susceptibles de compromettre gravement les chances de guérison, les malades de Vaugirard obtiennent un lit à l'hôpital Saint-Antoine et réciproquement.

« Le Conseil municipal, sollicité par quelques confrères, vient d'émettre un vœu tendant à la suppression du bureau central. Désormais l'administration de l'Assistance publique, les hôpitaux et les mairies seront reliés par un fil télégraphique. La répartition des lits vacants, faite tous les matins au siége de l'administration permettra aux médecins chargés de l'assistance à domicile de diriger sur les hôpitaux les plus proches, les malades qui en feront la demande; ceux-ci ne seront donc plus exposés à faire, à travers la ville, ces longs et coûteux trajets qui ne peuvent qu'aggraver leur état et rendre leur guérison plus dispendieuse par conséquent.

« Quand on réfléchit un instant à la simplicité de ce mode d'admission, on se demande pour quelle raison il n'a pas été déjà mis en pratique.

« Il est vrai qu'il existe, depuis de longues années, à Bruxelles où il fonctionne parfaitement, à la grande satisfaction des pauvres malades qui n'ont pas de famille ou un domicile assez convenable pour être soignés chez eux.

Nous attendons impatiemment la décision de l'administration. Nous sommes curieux de savoir quelle réponse on va faire à la légitime demande du Conseil municipal et aux injonctions formelles de l'opinion publique. »

Nous ne pouvons que nous associer aux sages réflexions de notre confrère, et espérons que bientôt nous verrons la réalisation de nos vœux.

Goutte traitée avec succès par la Sarracenia purpurea, par le Dr Foucaut, médecin principal de la marine.

La goutte considérée comme un mal incurable, avec lequel il faut fraterniser, comme le dit Barthez, dans son *Traité des mala-*

dies goutteuses, aurait-elle trouvé són spécifique dans la *Sarracenia?* Nous n'osons l'avouer. Mais il est bon d'enregistrer tous les médicaments qui ont été employés avec succès pour soulager les goutteux, aussi nous empressons-nous de reproduire l'observation que notre confrère a publiée dans les *Archives de médecine navale* :

La *Sarracenia purpurea*, qui croît en abondance à Terre-Neuve et dans les marais d'Hudson, a été signalée depuis une quinzaine d'années par M. Louvel, pharmacien de la marine; mais ses usages en médecine sont restés jusqu'à présent très-restreints.

M. Fourcaut appelle à son tour l'attention sur la *Sarracenia*, qui lui aurait donné d'excellents résultats dans le traitement de la goutte.

On sait combien sont tenaces et cruelles les manifestations de la diathèse goutteuse. C'est dans cette maladie à forme chronique que M. Foucaut a employé la *Sarracenia* avec un succès inespéré. L'expérience a démontré qu'à une maladie chronique on doit opposer un remède chronique, il faut donc dans la diathèse goutteuse un modificateur de tous les jours, à action lente, mais supportable pendant longtemps; c'est de cette manière que la *Sarracenia* peut être utilisée.

M. Foucaut a d'abord employé la *Sarracenia* en infusion, puis il a utilisé la poudre produite par la tige et les rhizomes de la plante. Après quelques tâtonnements, ce médecin a reconnu que le meilleur mode d'emploi consistait à faire infuser la poudre et à absorber le marc mêlé à l'infusion. La dose ordinaire était de une à deux cuillerées à café de poudre matin et soir pendant la période d'accès, de une cuillerée seulement en temps ordinaire.

Sous l'influence de ce médicament, les selles deviennent d'une régularité presque assurée et les accès moins intenses. Chez un malade où l'usage de la poudre a été continué pendant plus de dix ans, la diathèse goutteuse a presque disparu. D'après M. Foucaut, l'action principale de la *Sarracenia*, celle qui semble la plus plausible, n'est pas la purgation dans le sens réel du mot, mais l'excitation journalière de l'instestin. Il y aurait lieu de soupçonner, dans l'alcaloïde qu'on dit avoir rencontré dans cette plante, la *Sarracénine*, une action spéciale, mais que l'on n'a pas encore élucidée, et la science n'a pu recueillir jusqu'à ce jour aucun fait probant.

BIBLIOGRAPHIE

Du rôle physiologique de l'éther sulfurique, et de son emploi en injections sous-cutanées comme médicament excitant et stimulant, par Mademoiselle Ocounkoff, docteur en médecine.

Tel est le titre de la thèse que mademoiselle Ocounkoff a subie le 4 juin dernier devant la Faculté de médecine de Paris.

A une certaine dose, l'éther sulfurique a pour effets physiologiques :

1° D'élever la température ;
2° D'augmenter la pression artérielle ;
3° D'augmenter toutes les sécrétions ;
4° D'augmenter la combustion pulmonaire ;
5° De déterminer de l'agitation ;
6° D'amener l'hyperesthésie des sens et de la peau ;
7° De dilater la papille.

Ses actions physiologiques font connaître les cas qui réclament son emploi.

Or, l'emploi de l'éther en injections sous-cutanées est tout récent. Propagé en 1873 par le Dr Dupuy, il a été expérimenté par M. Verneuil et c'est sur les indications de ce dernier que mademoiselle Ocounkoff a entrepris sa thèse inaugurale.

Mademoiselle Ocounkoff a fait aussi de son côté dans nos laboratoires un certain nombre d'expériences sur les animaux, expériences qu'elle rapporte dans sa thèse et d'où elle conclut que l'anesthésie se produit d'abord à l'endroit où a été faite l'injection et que de là elle se propage dans la direction du courant sanguin. M. Claude-Bernard a donné une théorie de l'anesthésie par influence, théorie que n'admet pas mademoiselle Ocounkoff et qui semble en opposition avec ses expériences.

Après avoir décrit les effets de l'éther sur les sécrétions stomacales et intestinales, sur l'absorption, sur la salivation, sur les sécrétions du foie, des reins, des bronches, sur le sang, sur la circulation, sur la température, sur le système nerveux, mademoiselle Ocounkoff indique l'endroit qu'elle préfère pour les injections (partie moyenne de la face interne de la cuisse), et le mode d'introduction de l'aiguille (introduction oblique).

La quantité employée a été de 1 à 4 grammes, dose maximum.

Nous avons indiqué plus haut (*Médecine et chirurgie pratiques*) un procédé pour remplacer la transfusion du sang; mademoiselle Ocounkoff, sur le conseil de M. le professeur Verneuil,

a expérimenté l'éther sur les animaux rendus exsangues et elle est arrivée à cette conclusion : c'est que les injections hypodermiques d'éther pourraient être employées dans les hémorrhagies de causes chirurgicales, dans les hémorrhagies puerpérales et sur les champs de bataille.

Nous ne savons encore comment agit le sang transfusé. Est-ce comme stimulant? Est-ce comme compensateur? Evidement ce n'est pas par la quantité qu'on réussit, puisque 10 grammes de sang, par exemple, ont pu amener des guérisons chez des personnes qui avaient fait des pertes considérables de sang.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Projet de reconstruction de l'École pratique de Médecine.* — La disposition des salles destinées à recevoir les tables de dissection a été remaniée. Le nombre total de 118 tables est porté à 178. 150 tables sont placées dans les salles de l'enseignement officiel et 28 tables dans la salle de l'enseignement libre;

900 élèves (à 5 élèves par table) pourront ainsi prendre part dans les salles communes aux travaux anatomiques;

De plus, il a été joint aux salles de dissection de petits amphithéâtres pour les cours des prosecteurs;

Une salle de dissection est établie pour l'enseignement libre; le nombre des tables étant porté à 28, le programme qui demandait la place pour 100 élèves est donc rempli;

Un quatrième amphithéâtre est installé pour l'enseignement libre, au rez-de-chaussée;

La disposition des bancs dans les amphithéâtres quadrangulaires a été, conformément à l'avis de la commission, adoptée dans le dernier projet.

Les dépendances du laboratoire d'anatomie ont été augmentées et elles comprennent la salle de collections demandée;

Les laboratoires supplémentaires réclamés pour la pathologie interne, la pathologie externe et l'hygiène (cinq en tout), sont établis dans le bâtiment sur la rue Antoine-Dubois, au rez-de-chaussée et au deuxième étage;

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours pour une place de médecin-adjoint doit s'ouvrir le 16 août, à l'Hospice général.

Les épreuves consistent en épreuves orales, épreuves écrites, leçon clinique, consultation rédigée sur un cas de maladie grave.

Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er août, à la Direction, enclave de l'Hospice général. Ils doivent avoir 25 ans

accomplis, justifier de quatre années de pratique, ou de deux seulement s'ils ont été internes à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Ces fonctions sont gratuites.

— *Prix à décerner.* — La Société protectrice de l'enfance, de Lyon, met au concours la question suivante : « *Des vers intestinaux comme cause de maladie chez les enfants.* »

La Société protectrice de l'Enfance, de Lyon, décernera une médaille d'or en janvier ou février 1878, au meilleur travail inédit sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 1er décembre 1877 à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Deuxième question mise au concours pour un prix à décerner en 1879. — « *De l'influence qu'ont exercée et que pourront exercer les sociétés protectrices de l'enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille.* » — Un prix de 500 francs sera décerné en janvier ou février 1879. Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le secrétaire général est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 exclusivement.

— *Prix à décerner en* 1879. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours la question suivante : *Étude microscopique du sang humain, frais et sec, du foetus et de l'adulte, comparativement à celle du sang des autres mammifères, au point de vue médico-légal.*

Le prix, d'une valeur de 1,000 fr., sera décerné à la fin de l'année 1879.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin, doivent être adressés franco, et dans les formes académiques, à M. Douaud, secrétaire général, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1879, limite de rigueur.

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 5 juillet, sur une population de 1,986,746 habitants, la mortalité a été de 878 décès, soit 26 de plus que la semaine précédente. Les décès se répartissent aussi : 641 à domicile au lieu de 653, — 237 dans les hôpitaux au lieu de 199. L'augmentation insensible se repartit un peu sur toutes les maladies, sans qu'il y ait prédominance d'aucune maladie particulière.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 29. 19 Juillet 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 19 *juillet* 1877

Académie des sciences (9 juillet). — C'est toujours l'acide salicylique qui tient à faire parler de lui. M. Gosselin a présenté, au nom de M. Sée, le mémoire que ce dernier avait lu à l'Académie de médecine. Il n'y a donc là rien de nouveau pour nous.

On n'a pas oublié la croisade entreprise par M. le docteur Galippe dans la question des empoisonnements par le cuivre et ses composés. MM. Heltz et Ritter de Nancy ont fait présenter par M. Robin un travail sur les propriétés toxiques des combinaisons cuivreuses et notamment sur le sulfate de cuivre. Pour eux, la toxicité de ce sel dépend pour beaucoup du véhicule qui le porte, de la liqueur ou de la substance qui le tient en dissolution, alcools, albumine, etc. Il est possible qu'on puisse expliquer par la nature des substances ingérées avec le cuivre les irrégularités de son action toxique.

Académie de médecine (10 juillet). — M. Hérard communique six observations de rhumatismes articulaires, traités par lui à l'Hôtel-Dieu par l'acide salicylique.

La première malade ainsi traitée était accouchée et avait été prise d'un rhumatisme articulaire aigu, dans le service même. Traitée sans succès jusque-là par diverses médications, elle fut soulagée du jour au lendemain par l'acide salicylique employé d'abord à la dose de 5 grammes, puis à celle de 3 grammes par jour. Une récidive fut traitée de même et avec un égal succès.

Chez la deuxième malade, la dose fut de 3 grammes seulement par jour. Elle était nourrice et avait été également traitée sans succès par le sulfate de quinine. L'amélioration se produisit dès le second jour. La température qui était à 38°8 baissa de 1°2 le quatrième jour. Trois rechutes survenues après la cessation du remède cédèrent trois fois à sa reprise.

La troisième observation ressemble aux précédentes.

Les quatrième, cinquième, sixième observations sont aussi satisfaisantes. Chez les trois malades, l'acide salicylique a été employé à la dose de 7 grammes le premier jour, 5 grammes le second, 3 grammes le troisième, divisés en 10 paquets, à prendre d'heure en heure. Chez tous les trois, il y avait rhumatisme aigu généralisé et fébrile : chez tous les trois, il y eut des rechutes après la cessation du remède, et cès rechutes furent calmées par la reprise du médicament.

Mais il faut noter que chez l'un de ces malades, les accidents du côté du cœur se sont notablement aggravés pendant l'emploi de l'acide salicylique et ont exigé un traitement énergique par les ventouses, les vésicatoires et la digitale à l'intérieur.

M. Hérard se demande jusqu'à quel point l'acide salicylique peut influer sur le rhumatisme cardiaque.

Il croit qu'il serait bon de continuer pendant quelque temps l'usage de l'usage salicylique ou des salicylates pour prévenir le retour des accidents.

M. Hardy a eu également des résultats satisfaisants, trop satisfaisants même pour ne pas le porter à croire qu'il est tombé sur une série heureuse.

Société de chirurgie (11 juillet). — A propos de la communication de M. Trélat sur l'uranoplastie (voir n° 27), M. Lannelongue dit qu'il a employé huit fois le procédé Fergusson et cela cinq fois avec succès. Rappelons ce procédé tel qu'il est décrit dans le *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne, II, p. 260. Fergusson se sert d'une aiguille légèrement recourbée, percée à son extrémité et montée [illegible] un manche. L'aiguille armée d'un fil de soie rond et c[illegible] on la plonge à travers le voile, d'avant ou arrière; dès [illegible] le chas apparaît à travers la scissure, on saisit le fil a[illegible] une pince et on en ramène l'extrémité hors de la bouche

puis on répète la même manœuvre du côté opposé. On noue alors solidement les bouts des deux fils ainsi ramenés en dehors; et en tirant sur l'un d'eux on fait repasser le nœud d'abord, puis l'autre fil d'arrière en avant par la piqûre du voile. On coupe le nœud; il ne reste qu'un fil formant une anse en arrière du voile et dont on n'a plus qu'à serrer les deux bouts.

Tel est le procédé qu'a employé M. Lannelongue. Pour lui, il pense qu'il vaut mieux attendre que l'enfant ait trois ou quatre ans pour lui faire subir l'opération, qui, après tout, n'est pas une opération d'urgence.

M. Anger est partisan du procédé Fergusson. Pour rapprocher les bouts des parties avivées, il emploie des petits tampons d'éponge sèche qui se dilatent par l'humidité, s'engrènent dans l'anfractuosité des plaies et restent ainsi de 7 à 10 jours sans tomber. Mais il faut bien surveiller ces tampons. M. Lannelongue pense qu'il vaut mieux les enlever au bout de 2 jours, car si on les laisse plus longtemps, ils entretiennent la suppuration et une mauvaise odeur.

M. Verneuil présente un malade qu'il a guéri d'un ectropion, occasionné par une brûlure, non par la bléphanoplastie, mais par la blépharorrhaphie, c'est-à-dire qu'il a réuni les paupières par une suture simple. Que ce procédé réussisse quelquefois, M. Tillaux ne le nie pas ; mais il préfère la blepharoplastie, qui, en somme, a produit jusqu'à ce jour d'assez bons résultats.

M. Th. Anger communique une observation de taille périnéale opérée par le thermo-cautère et que nous résumons plus loin.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Albuminurie pendant la grossesse guérie par le Jaborandi, par le Dr Langlet, de Reims.

Tous les praticiens savent combien est grave l'albuminurie qui complique la grossesse ; au nombre des accidents les plus redoutables il faut citer l'éclampsie. Pour prévenir les funestes conséquences de l'albuminurie, M. Tarnier a songé à prescrire la

diète lactée, dès qu'il se manifeste un peu d'albuminurie; mais ce traitement est fort long. Dans un cas analogue, M. Lenglet, a songé à s'adresser à un médicament ayant une action énergique sur les organes sécrétoires, au jaborandi. C'est à la Société médicale de Reims qu'il a communiqué sa longue observation dont nous extrayons la partie la plus importante.

Une femme de 35 ans, matelassière. l'avait fait appeler pour des accidents de dyspnée intense compliquée d'œdème des jambes. Comme elle dit être enceinte, il jugea son état très-grave et l'envoya à l'hôpital; elle entra dans son service à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie où il lui fit donner le même jour 20 grammes de teinture de jalap composée.

L'examen ultérieur lui ayant démontré qu'il y avait grossesse de trois mois, compliqué d'albuminurie, il donna un peu de vin diurétique.

Mais la malade devint en proie à une oppression telle que M. Lenglet redoutait, si l'amélioration ne survenait pas rapidement, un danger des plus pressants pour la vie de la malade. Les phénomènes qui précèdent ou qui accompagnent l'éclampsie s'étaient déjà produits : céphalalgie, vomissements, douleurs de reins, etc. L'avortement semblait inévitable. La quantité d'urine excessivement faible et très-chargée d'albumine, n'était aucunement modifiée par des diurétiques ordinaires. C'est alors qu'il songea au jaborandi. Il commença par une infusion de 3 grammes de feuilles et revit la malade dans l'après-midi.

Depuis le matin, il y avait eu une salivation égale à 150 gr. à peu près; les sueurs avaient été peu abondantes. De plus, la malade avait depuis le matin rendu 250 gr. d'urine, ce qui équivaut pour les 24 heures à une quantité d'urine double de celle qui était excrétée les jours précédents, et en particulier la veille. Il y avait un peu d'amélioration dans l'état général.

Deux jours après, l'urine avait atteint la quantité de 500 gr. dans les 24 heures : sueurs non abondantes; salive à peu près en même quantité que la veille. A peine y avait-il eu un léger vomissement muqueux. On continua l'infusion de 3 gr. de jaborandi.

Le lendemain, urine 500 gr.; salive 450 gr.; pouls à 120. La nuit, fièvre et un peu d'agitation : jambes douloureuses et toujours enflées; les douleurs de reins avaient cessé. On fut obligé de sonder la malade plusieurs fois par jour parce qu'un œdème assez considérable des grandes lèvres rendait la miction assez difficile. La respiration, encore assez gênée pendant la nuit, se fit mieux le matin. Quant aux accidents du côté de l'utérus, ils ne paraissaient pas prendre plus de gravité. Le toucher indiqua que la partie inférieure du col, laissant pénétrer le doigt dans

cavité, n'était cependant pas plus dilatée que l'avant-veille. La lèvre antérieure du col semblait un peu modifiée ; elle paraissait plus molle au toucher, plus tombante en avant.

L'urine examinée par l'acide nitrique et la chaleur montra toujours une très-grande quantité d'albumine : on n'y trouva pas de sucre. La *salive* examinée avec l'amidon, la potasse et le sulfate de cuivre donna un beau précipité rouge-brique qui indiqua qu'en somme malgré la quantité de salive rejetée à l'extérieur, celle-ci avait conservé ses propriétés saccharifiantes et en même intensité.

La malade prit ainsi du jaborandi pendant *seize jours* sans aucune interruption, et dans cet espace de temps la résorption de l'œdème se fit progressivement, le liquide qui s'était épanché dans les plèvres disparut, tous les phénomènes généraux s'amendèrent. L'albumine décrut aussi progressivement jusqu'à ce qu'enfin il n'y en eût plus même les traces les plus légères et l'accouchement put s'effectuer dans d'excellentes conditions, l'enfant étant bien portant.

Mais voici d'un autre côté M. Petit qui vient de signaler à la Société de thérapeutique de Paris deux alcaloïdes extraits du jaborandi et qui auront des propriétés analogues, employés par la méthode hypodermique : la *pilocarpine* et l'*azotate de pilocarpine*.

Par son procédé, 5 kilogrammes de jaborandi peuvent fournir jusqu'à 25 grammes d'azotate de pilocarpine.

Ce sel est soluble dans 7 parties d'alcool absolu bouillant, et dans 8 d'eau froide. Il cristallise en lamelles aplaties, et possède un pouvoir rotatoire de 76°, à droite, celui de la pilocarpine étant de 100°.

L'azotate de pilocarpine étant très-soluble dans l'eau permet d'obtenir facilement des solutions pour injections hypodermiques, au 50°, ou bien au 100°. Ces solutions n'ont pas d'action irritante sur la peau et déterminent très-promptement la salivation et la sudation, avec une seule dose de 2 centigrammes du principe actif, soit une seringue entière de la solution suivante :

Eau distillée..........	10 grammes.
Azotate de pilocarpine .	0 gr. 25 centigr.

L'administration de la pilocarpine en injection hypodermique, pour produire la diaphorèse, rendra évidemment de grands services dans bien des cas où il est besoin d'agir rapidement, et encore quand la voie stomacale n'est pas ouverte. Une méthode qui permet d'obtenir en quelques instants, par une simple injection sous-cutanée, une sudation abondante, ne peut manquer d'être acceptée avec empressement par tous les praticiens.

Acide salicylique, rhumatisme et maladie cardiaque.

Voici un médecin de Colmar, M. le Dr Macker, qui relate aussi des guérisons avec l'acide salicylique, mais ce qu'il y a de plus important, c'est la disparition complète d'une endocardite.

Notre devoir de journaliste est de laisser d'abord la parole aux faits, avant d'exposer le bilan de la médication par l'acide salicylique.

« Une jeune fille, âgée de 24 ans, lymphatique, entre à l'hôpital de Colmar le 25 mars 1877, atteinte depuis huit jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec une endocardite nettement caractérisée. Nous prescrivons 1 gramme d'acide salicylique, qui est porté à 2 grammes le troisième jour et à 2 grammes 50 centigrammes le cinquième jour. Le dix-huitième jour nous revenons à 1 gramme 50 centigrammes et le médicament est supprimé le vingt-deuxième jour du traitement. Au début le pouls était à 100; le douzième jour il est tombé à 96, et à 80 le dix-septième jour. Durant les premiers jours, la température était de 39°; elle est montée à 40° le treizième jour au soir, est descendue à 39° le lendemain, et à partir du quinzième jour elle n'a plus dépassé 38°. La durée totale de la maladie a été de trente jours et celle du traitement de vingt-deux jours.

Tolérance parfaite du médicament et diminution rapide des douleurs, tels sont les points qui ont fixé notre attention. Nous avons également noté la disparition complète de l'endocardite, qui avait été assez intense pour avoir provoqué des accidents alarmants dans le cours de la maladie.

Pendant le mois d'avril dernier, nous avons également donné l'acide salicylique à une femme de 24 ans, nerveuse et anémique, atteinte pour la seconde fois d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité, et portant encore les traces très-atténuées d'une endocardite datant de deux ans. Nous avons débuté par 50 centigrammes d'acide et n'avons pas dépassé la dose d'un gramme par jour, en raison de la constitution chétive de cette malade. Comme dans le premier cas, le médicament a été très-bien supporté et les douleurs ont été incontestablement calmées. L'acide salicylique a été donné pendant seize jours et la maladie a duré vingt et un jours.

Cette substance est rapidement absorbée, ainsi que nous avons pu le constater à l'aide du réactif signalé par M. Constantin Paul : c'est la solution officinale (au cinquième) de perchlorure de fer qui donne lieu à un précipité violet, rouge foncé, lorsque l'urine contient des traces d'acide salicylique. »

La Société de thérapeutique s'est occupée du mode d'adminis-

tration de ce médicament; d'après M. Oulmont, on peut en donner jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures sans inconvénient; au-dessus de cette dose, il se produit de la diarrhée et des vomissements. M. Dujardin-Beaumetz rappelle que les doses recommandées par Stricker (50 centigrammes à 1 gr. par heure) sont excessives. M. Gubler a vu des vomissements survenus à la faible dose de 25 centigrammes, et la diarrhée devenir très-intense avec la dose de 2 grammes.

Du traitement des kystes synoviaux de la paume de la main, par M. le Dr Péan.

A l'une de ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Péan appelait l'attention de ses auditeurs sur les kystes de la paume de la main, affection non commune, rebelle aux moyens médicaux et exposant à de graves accidents si l'on intervient chirurgicalement. Et cependant il est des cas où il faut chercher à guérir les malades surtout si l'existence en dépend et si cette infirmité est un obstacle au travail. M. Péan rappela les principaux traitements employés dans cette circonstance.

On a proposé de ponctionner ces kystes et d'y pratiquer des injections iodées, mais la suppuration du kyste est presque inévitable avec ce procédé. Quelques chirurgiens pratiquent une incision plus ou moins large de ces kystes pour les vider de leur contenu, quelquefois énorme, eu égard au volume du kyste. Or, l'inflammation d'une synoviale qui entoure des tendons importants, et la suppuration qui en est la suite, amènent des rétractions cicatricielles. M. Péan a vu un certain nombre de malades opérés de la sorte qui présentaient ces déformations cicatricielles, d'où, pour eux, l'impossibilité de se servir de leur main.

Chez la malade, M. Péan pratiqua une incision sous-cutanée du kyste, en détruisant le parallélisme de la peau, puis, le contenu vidé, il appliqua une couche de collodion et, à l'aide de rondelles d'amadou et d'un bandage approprié, il établit une compression méthodique. Si l'on n'obtient pas une guérison complète, il se réserve de pratiquer une grande incision à ciel ouvert et de vider complètement le contenu du kyste, mais il évitera les dangers de cette opération en faisant un pansement ouaté. C'est un des cas où ce mode de pansement a une incontestable utilité. Déjà plusieurs chirurgiens ont obtenu des succès avec cette méthode qui assure la cure radicale de l'affection.

Œsophagisme. Injection hypodermique de chlorhydro-morphine. Guérison.

L'observation suivante due à M. le Dr Reichard, de Strasbourg, a un double intérêt au point de vue pratique. Non-seulement elle peut être considérée comme un appoint aux innombrables névropathies, décrites en parties par M. Bouchut dans son Traité du nervosisme, mais elle pourrait servir d'indication thérapeutique pour les cas de vaginisme cités par le Dr De Ranse et que nous avons rapportés dans le nº 23.

M. le Dr Reichard fut appelé auprès d'un homme qui subitement, lui dit-on, avait été pris de suffocation et spasmes très-pénibles de l'arrière-gorge. — Le malade était, lorsqu'il le vit, dans un grand état d'agitation; la respiration se faisait convenablement, mais il souffrait d'une soif ardente, et toutes les fois qu'il cherchait à prendre des boissons, il se produisait instantanément de très-douloureuses contractions du pharynx et de l'œsophage. Le liquide, qu'il avait essayé d'introduire était violemment rejeté. La salive même ne passait pas et obligeait le malade à un crachottement perpétuel. Cet état était survenu brusquement, sans cause appréciable, alors qu'il allait se mettre à table pour prendre son repas.

L'inspection de la gorge ne dénota ni affection inflammatoire, ni gonflement des parties accessibles à l'œil, et il n'y avait point lieu, d'après les renseignements recueillis, de supposer qu'il en pouvait exister plus bas.

Cet appareil symptomatique, atteignant un homme dont la santé était jusqu'à ce moment parfaite, fit craindre tout d'abord qu'on n'eût devant soi un malade atteint d'hydrophobie, hypothèse que l'on dut rejeter plus tard.

Les circonstances dans lesquelles le fait s'était produit ne pouvaient faire admettre que les accidents spasmodiques fussent provoqués par un corps étranger engagé dans l'œsophage, ou quelque agent toxique ou irritant que le malade aurait avalé, soit par mégarde, soit intentionnellement.

Bref on ne put assigner à cet état de choses aucune des causes habituelles des spasmes pharyngo-œsophagiens, et le malade, homme d'une trentaine d'années, n'avait jusqu'à ce jour présenté de trouble nerveux d'aucun ordre. Il était toutefois quelque peu adonné à la boisson ; mais les accidents en question avaient éclaté alors que manifestement il ne subissait aucune influence alcoolique.

Une abondante saignée locale et plusieurs injections hypodermiques successives de morphine, qui, au total, représentaient

6 centigrammes de chlorhydate de morphine injectés, amenèrent rapidement l'assoupissement du malade. Le lendemain, il était très-fatigué, mais la déglutition se faisait de nouveau. Les accidents ne se sont plus reproduits depuis ; pendant quelques jours cependant cet homme ressentit une grande prostration.

Vomissements opiniâtres dans la pelvi-péritonite. — Injections hypodermiques d'éther sulfurique. — Guérison, par le Dr Schmeltz, de Schlestadt.

Le fait suivant, communiqué par l'auteur à la Société de médecine de Strasbourg, est un exemple à ajouter aux faits cités par Mlle Ocounkoff dans sa thèse inaugurale que nous avons analysée dans le dernier numéro :

Il fut appelé le 6 février dernier chez une femme de Schlestadt, qu'on lui dit être à toute extrémité. En effet, elle mourait presque asphyxiée, vu que le ventre était immensément distendu par des gaz et des liquides péritonéaux, en un mot, par suite d'une inflammation péri-utérine qui avait été méconnue. Le ventre diminua rapidement, grâce à un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Alors recommencèrent les vomissements opiniâtres qui avaient signalé la première période de la maladie et que ne purent arrêter ni la glace, ni les médicaments préconisés. D'abord verdâtres, ils se mélangèrent peu à peu avec des déjets par le haut, couleur marc de café. En même temps on constatait une douleur très-violente vers le côté gauche de l'appendice xiphoïde, en déprimant la peau en cet endroit. Cette douleur, ainsi limitée, et l'absence de tumeur dans ces régions firent croire à un ulcère de l'estomac compliquant encore l'ancien mal. Il y eut quelques rémissions les jours consécutifs, et la malade cessant de vomir, on eut de nouveau de l'espoir. Mais un léger écart de régime (la malade prenait du lait glacé) recommença la scène jusqu'au commencement de mars où cette femme fit une fausse couche, qui la mit à deux doigts de sa perte. Les vomissements cessèrent alors pendant quelques jours pour devoir recommencer plus fort que jamais, mais ne présentèrent plus la couleur marc de café ; en même temps la sensibilité de l'estomac s'amoindrissait.

Il y eut en moyenne huit vomissements par jour et autant la nuit, et cette femme, réduite à l'état de squelette, semblait devoir succomber. Le 14 mars, à la suite d'un effort de vomissement, elle eut une faiblesse qui dura toute la journée et qui, vers

le soir, dégénéra en vrai collapsus. Malgré les moyens employés en pareil cas, on ne put avoir aucune réaction; cet état dura toute la nuit suivante. Le lendemain matin toute connaissance était perdue et la mort paraissait imminente. M. Schmeltz fit alors une première injection hypodermique de 15 gouttes d'éther sulfurique, suivant l'indication de M. Verneuil, La piqûre ne fut pas sentie, et cependant environ une demi-minute après la malade commença à remuer et à jeter un léger cri. Une heure après une nouvelle injection fut faite également de 15 gouttes, et, une minute après, nouveau cri un peu plus fort. Vers le soir la moribonde se ranima. La nuit fut assez bonne, car la malade dormit 2 heures, ce qui ne lui était plus arrivé depuis longtemps, et, chose curieuse à noter, le lendemain les vomissements avaient complètement cessé. L'appétit revint très-vite et une quinzaine de jours après un état que tout le monde considérait comme mortel, cette femme mangeait pour ainsi dire de tout, dormait admirablement et se trouvait en pleine convalescence.

M. Schmeltz croit que les injections d'éther sont inoffensives; en effet, un Anglais, le docteur Macan, en a injecté dernièrement 8 grammes du coup, et peu après encore 4 grammes (éther acétique), ce qu'on pourrait tenter dans des cas pressants, comme à la suite d'hémorrhagies *post partum*.

Épanchement sanguin de la fesse, par M. le Dr Nicaise.

Un homme de 41 ans, maçon, est entré le 29 janvier 1877 à l'Hôpital Temporaire, dans le service de M. Nicaise. Ce malade est tombé, il y a six ans, du quatrième étage sur la fesse gauche. Il guérit complètement au bout de quelques semaines. Il y a six mois, nouvelle chute d'un deuxième étage sur la même fesse. Le 23 janvier, le malade ne peut se lever, la fesse est énorme; il entre à l'hôpital. Des ecchymoses se montren et disparaissent peu à peu et le malade, trois semaines après, est assez bien rétabli pour être envoyé à Vincennes.

Le 2 mars, il rentre dans le service de M. Nicaise. La fesse est globuleuse, fluctuante; rien au toucher rectal; marche gênée, état général bon. Douleur de paralysie de la jambe, qu'on attribue à la compression du nerf sciatique.

Le 5 mars, incision verticale de 2 centimètres à la partie interne de la tumeur : la pression en fait sortir une grande quantité de caillots et de la sérosité sanguinolente. Sucre dans les urines.

Le 8 mars, incision cruciale pour rechercher le point de départ

des hémorrhagies : pour cela on ouvre largement le fond de la cavité; on trouve le bout artériel qui fournissait le sang : on le saisit avec la pince hémostatique : le perchlorure de fer et le thermo-cautère font justice de l'hémorrhagie.

Le 17 mars, il n'y avait plus de sucre dans les urines et le 22 mars, le malade guéri allait à Vincennes.

Taille périnéale avec le thermo-cautère, par M. le Dr Th. Anger.

Un homme de 46 ans, résidant à l'infirmerie générale des prisons, était atteint depuis deux ans tantôt de rétention, tantôt d'incontinence d'urine. Depuis dix mois, la rétention était constante; l'urine ne pouvait s'échapper qu'en très-petite quantité et après le séjour d'une bougie dans le canal pendant une ou deux heures. L'urine était rouge comme du vin et le malade éprouvait des douleurs néphrétiques très-vives.

Le malade n'avait eu qu'une blennorrhagie, il y a vingt ans; cependant il y avait un rétrécissement considérable. M. Anger put faire pénétrer une bougie très-fine dans le canal, puis un catheter métallique, et il constata alors la présence d'un calcul prostatique. Comme le malade était dans le marasme et que M. Anger redoutait pour lui toute perte de sang, il fit avec le thermo-cautère une incision jusqu'à l'urèthre qu'il ouvrit avec le bistouri. Le calcul fut facilement extrait et l'écoulement de sang fut évalué à 30 ou 40 grammes seulement.

La plaie fut guérie en moins de trente jours.

Panaris du pouce. Sur quel point doit être pratiquée l'incision de ces tumeurs phlegmoneuses, par M. le professeur Verneuil.

A sa clinique de l'Hôpital de la Pitié, M. Verneuil fait observer que, dans les panaris, en général, l'incision ne doit jamais être pratiquée que sur la ligne médiane. Non-seulement les incisions latérales exposent à la section des artères et des nerfs, avec leurs conséquences, c'est-à-dire l'hémorrhagie et l'anesthésie temporaire de l'organe, mais encore elles n'apportent que rarement du soulagement aux malades. Encore une fois, les incisions sur la ligne médiane doivent toujours être préférées, par cette raison qu'elles n'exposent à aucun accident, et qu'elles sont beaucoup plus efficaces.

Eczéma chronique traité par le glycérolé de sous-acétate de plomb.

Nous savons tous combien l'eczéma est rebelle à la thérapeutique. Aussi croyons-nous devoir enregistrer tous les médicaments rationnels, employés avec quelques succès dans le traitement de cette maladie cutanée.

Le Dr Squirre a donné dans *Méd. Times and Gaz.* la formule suivante, qui lui a procuré des succès presque constants dans les eczémas chroniques les plus invétérés.

Sous-acétate de plomb liquide,	50 gr.
Litharge,	35 »
Glycérine,	200 »

On laisse reposer pendant une demi-heure dans un bain de glycérine bouillant; on filtre dans une atmosphère chaude. Il se forme alors un liquide très-clair, qu'on étend dans huit parties de glycérine.

Avant chaque application, on lave la peau avec une éponge fine, imbibée d'eau de savon. — Deux applications par jour.

Cette méthode réussit surtout dans la période humide.

Traitement des sueurs nocturnes. — Pour combattre les sueurs nocturnes, non-seulement chez les phthisiques, mais dans beaucoup d'autres circonstances, M. Vulpian se sert de pilules qui renferment chacune un *demi-milligramme de sulfate d'atropine.* Il prescrit généralement une ou deux, rarement trois ou quatre de ces pilules, à prendre le soir. Sauf la suppression de la sueur, quand on l'obtient, ce qui est la règle, elles ne produisent aucun phénomène particulier. Les bons effets obtenus dans le service de M. Vulpian, ont encouragé M. le Dr Révillout à en faire usage chez quelques malades de sa clientèle; et il s'en est fort bien trouvé. Mais malheureusement, dans la phthisie, les tubercules ne s'en développent pas moins vite : c'est le traitement d'un symptôme, sans effet sur la maladie.

Mais dans une affection aussi désespérante que la phthisie, on ne doit omettre rien de ce qui peut amener quelque soulagement chez les malades.

DIVERS

Médicaments nouveaux, d'après les formules arrêtées par la Société de Pharmacie de Paris.

Sirop de protochlorure de fer

Sirop de gomme,	800 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger,	175 —
Eau de fleurs d'oranger,	20 —
Protochlorure de fer sec,	5 —

Faites dissoudre le protochlorure dans l'eau de fleurs d'oranger et ajoutez la solution au mélange des deux sirops.

Vingt grammes de ce sirop ou une cuillerée à bouche contiennent 0,10 de sel de fer.

Pilules de protochlorure de fer.

Protochlorure de fer sec,	10 grammes.
Poudre de guimauve,	10 —
Mucilage,	Q. S.

F. S. A. 100 pilules argentées contenant chacune 0,10 de sel de fer.

Sirop d'eucalyptus.

Feuilles d'eucalyptus,	50 grammes.
Eau distillée d'eucalyptus,	100 —
Eau,	Q. S.
Sucre,	650 grammes.

Faites infuser l'eucalyptus dans 250 grammes d'eau, passez après trois heures avec expression, filtrez et complétez 250 gr., ajoutez les 100 grammes d'eau distillée et faites fondre le sucre au bain-marie couvert.

Le Livre noir. — Les Belges sont gens pratiques, paraît-il, si nous en croyons ce que nous venons de lire dans les *Archives belges de thérapeutique*. La médecine est une profession de dévouement, mais combien on exploite le dévouement médical et qu'il est toujours vrai ce principe que la vieille école avait renfermé dans cet hexamètre.

Accipe dum dolet, nam sanus solvere nollet.

Voici ce qu'on aurait décidé en Belgique :

I. Il est créé un *livre noir* renfermant le nom de toutes les personnes qui, *par mauvaise volonté*, refusent de s'acquitter envers leur médecin.

II. Tout médecin s'engage à refuser ses soins (*sauf le cas d'urgence réelle*), à quiconque figure sur le *livre noir*.

III. Les membres de l'Union médicale feront parvenir au secrétaire la liste de leurs mauvais payeurs, avec l'indication

exacte de leur demeure, profession, etc. Le secrétaire en dressera une liste alphabétique et en enverra un exemplaire à tous les médecins de la Société.

IV. Le *livre noir* prendra cours après le 15 janvier 1877.

BIBLIOGRAPHIE

Des paralysies du Larynx, par M. le Dr Poyet.

Ce n'est que depuis 1859, que, grâce aux nouveaux moyens d'investigation, on a pu étudier sérieusement et complètement cette importante question de pathologie.

M. le Dr Poyet ne comprend sous le nom de paralysie du larynx que la paralysie des nerfs récurrens, n'admettant pas la paralysie limitée aux laryngés supérieurs.

Il divise les paralysies du larynx en

1° Paralysies par causes générales.
2° — par causes locales.
3° — par causes centrales.

Les premières, qui sont les plus fréquentes, sont occasionnées par l'hystérie, le refroidissement, la peur, la syphilis, l'anémie, la diphthérie, le choléra, les fièvres intermittentes, certaines intoxications, etc.

Les secondes sont dues aux anévrysmes, aux adénopathies bronchiques, aux tumeurs du médiastin, du cou, du pharynx, de l'œsophage, etc.

Les troisièmes dépendent des tumeurs du bulbe ou bien des hémorrhagies cérébrales.

Le traitement est essentiellement subordonné à la cause de la paralysie.

M. Poyet le divise en traitement général et traitement local.

Le traitement local, consiste en électrisations internes ou externes, et en applications topiques sur les cordes vocales paralysées.

M. Poyet insiste beaucoup sur les moyens et les modes de pratiquer cette électrisation : c'est une des parties les plus pratiques de son travail.

Après l'électrisation, vient le traitement local iodé. Le mode préféré par M. Poyet, d'après M. Fauvel, consiste en badigeonnage à la teinture d'iode, moyen auquel M. Poyet ajoute l'usage interne de l'iode d'après cette formule :

4. Iode métallique.... 1 gr.
Alcool à 90° .... 10 gr.

à commencer par 5 gouttes, qu'on augmente chaque jour d'une goutte jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dose de 30 ou 40 gouttes.

On la prend dans du vin de Malaga ou de Xérès ou dans l'eau amidonnnée.

A ce traitement, il faut joindre l'huile de foie de morue, les amers, etc.

Cett thèse ou plutôt ce mémoire est suivi de vingt-trois observations à l'appui de ce qu'avance M. Poyet, et on peut considérer son travil comme une des meilleures monographies connues sur les paralysies du larynx.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Fèlix Guyon, professeur agrégé à la Faculté de Paris, vient d'être nommé, par décret du 27 juin, professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Peyrot et P. Reclus viennent d'être nommés par concours, prosecteurs de la Faculté de médecine.

— Les vacances de la Faculté de médecine s'ouvriront le 8 août. La Bibliothèque restera ouverte trois jours par semaine. Nous ferons connaître ultérieurement les heures et jours d'ouverture.

— *Nouvel Hôtel-Dieu.* — L'inauguration du nouvel Hôtel-Dieu aura lieu le 1er septembre.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Huit places de chefs de clinique vont être mises au concours à Lyon, le lundi 15 octobre 1877 : ce sont les suivantes : deux de clinique médicale, deux de clinique chirurgicale, une de clinique obstétricale, une de clinique ophthalmologique, une de clinique des maladies cutanées et syphiliques et une de clinique des maladies mentales.

La durée des fonctions est de deux ans et le traitement est de 1,000 francs par an.

— *Encore une nouvelle docteur en médecine.* — Mademoiselle Catherine Gontcharoff, de nationalité russe, a soutenu cette semaine avec succès sa thèse pour le doctorat sur ce sujet : « Contribution à l'étude des flexions utérines au point de vue de « leur traitement. »

— *Mortalité à Paris.* — Pendant la semaine finissant le 12 juillet, sur une population de 1,986,748 habitants, la mortalité à Paris a été de 837 décès, savoir 638 à domicile, 199 dans les hôpitaux. La mortalité de cette semaine a été inférieure de 43 à celle de la semaine précédente.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 31. 2 Août 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 2 *août* 1877.

Académie des sciences (16 juillet). — MM. Bouchut et Dubrisay communiquent une note sur l'augmentation des globules blancs du sang dans l'angine couenneuse, le croup et la diphthérie. Cette note confirme par des chiffres la découverte de la leucocythémie diphthéritique, communiquée en 1868. Alors on ne comptait les globules blancs que d'une façon approximative. Aujourd'hui à l'aide du compte globules, on peut arriver à une numération plus précise.

M. Dumas a réclamé en faveur d'un étranger, mort il y a quelques années, M. Piria, l'honneur de la découverte de l'acide salicylique, que, avec beaucoup d'autres, nous avions attribuée à Leroy, pharmacien de Vitry-le-François. Il y a quarante ans que le chimiste italien faisait connaître la conversion de la salicyline en hydrure de salicyle et celle de ce dernier en acide salicylique. N'imitons pas ceux de nos voisins qui nous pillent en criant : « Au voleur! » et rendons au chimiste italien l'honneur qui lui est dû.

Nous ne dirons rien de la communication de M. Pasteur sur le charbon et la septicémie. Cette question a été déjà traitée assez longuement dans *Paris-Médical*.

Académie de médecine (24 juillet). — M. Edouard Fournié fait une intéressante lecture sur une importante question de physiologie cérébrale, lecture qui ne tendrait à rien moins qu'à renverser la loi posée par MM. Broca et Bouillaud, loi qui place le siége de la parole dans la troisième circonvolution cérébrale du lobe frontal gauche. Pour M. Fournié, il est avéré que dans l'acte de la parole il en-

tre, comme élément nécessaire des phénomènes de sensibilité, de mémoire, soumis à l'action du jugement, de la volonté, et des phénomènes de mouvements dirigés par un sens spécial. Pour lui, encore la perte de la parole par la lésion d'un seul côté du cerveau ne prouve pas que la parole soit localisée dans ce côté : elle prouve que les deux côtés sont absolument indispensables à la formation de la parole. Nous publions plus loin une observation qui viendrait à l'appui des opinions émises par M. Fournié.

Après la lecture de ce mémoire renvoyé à une commission, l'acide salicylique est encore revenu à l'ordre du jour; mais cette fois sous un point de vue plus général. Il ne s'agissait pas de son action anti-rhumatismale mais de sa proprieté anti-thermique, ou anti-fébrile. M. Oulmont, d'après les résultats obtenus par M. Immermann, a expérimenté l'acide salicylique et les salicylates dans ce sens et il a pu constater que le salicylate de soude, administré par doses de 1 gramme, répétées de demi-heure en demi-heure jusqu'à la dose de 4 grammes, abaissait la température de 1° à 3° et le pouls de 10 à 20 pulsations.

M. Gueneau de Mussy a aussi employé ce médicament contre le rhumatisme et il a également constaté un abaissement du pouls, de la chaleur et une diminution des douleurs : mais il n'a jamais cherché à arrêter brusquement le rhumatisme; il s'en méfie. Voulant, avant tout, ne pas nuire à ses malades, il y a plus de vingt-cinq ans qu'il a renoncé à l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme, et depuis ce temps, il n'a pas rencontré un seul cas de rhumatisme cérébral. M. Gueneau a employé l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde, mais comme antiputride, à la dose de 1 à 2 grammes dissous dans un ou deux pots de solution de sirop de gomme à l'aide de 10 à 20 grammes d'eau-de-vie : on y ajoute un peu de suc de citron.

M. Gueneau reste donc sur la réserve; mais il est tout disposé à en sortir et à adopter une méthode plus hardie et plus efficace, si l'expérience prouve qu'elle n'est pas nuisible.

M. Jaccoud a employé le salicylate de soude dans 21 cas de rhumatisme : La dose du médicament était de 10 gr. par jour en moyenne. Chez 9 malades, il y a eu des complications viscérales sérieuses et 3 décès, savoir 2 par rhuma-

tisme cérébral et 1 par alcoolisme. Néanmoins, M. Jaccoud reconnait que ce sel est le moyen thérapeutique le plus puissant contre le rhumatisme.

Société de chirurgie (25 juillet). — M. Berger, à l'appui de sa candidature avait envoyé quatre communications dont nous ne donnerons qu'un résumé sommaire. La première est relative à une *trachéotomie par le thermo-cautère* chez une femme atteinte d'un œdème phlegmoneux du cou, probablement dû à une nécrose du cricoïde, survenue à la suite d'une fièvre typhoïde. L'opération se fit facilement, sans hémorrhagie et la malade guérit. Cinq semaines après l'opération, il n'y avait plus qu'une cicatrice linéaire.

La deuxième observation est relative aux *Complications pulmonaires dans le cours de l'étranglement herniaire.*

La troisième est relative à une *luxation sous-artragalienne*; la quatrième est une observation de *fracture du crâne avec enfoncement compliqué de plaie communiquant avec la cavité crânienne.*

M. Verneuil entretient la société d'une affection de l'enfance qui simule la coxalgie et à laquelle il donne le nom de *Rigidité des adducteurs de la cuisse.* Cette affection est caractérisée à première vue par une certaine gaucherie de la démarche qui, dans certains cas, va jusqu'à la claudication, par une limitation de certains mouvements du membre inférieur et par une attitude vicieuse de ces membres et du bassin. Le phénomène le plus constant est un certain état des muscles adducteurs de la cuisse que M. Verneuil désigne sous le nom de rigidité.

Ces malades marchent comme de petits vieillards; de face les membres sont absolument symétriques; les plis inguinaux et fessiers sont au même niveau des deux côtés, les genoux sont rapprochés et la pointe du pied légèrement portée en dedans. Les enfants ne marchent pas comme des cagneux, mais comme s'ils n'osaient pas écarter les membres inférieurs. Ils peuvent marcher très-vite, mais ils ne font que de petits pas. Lorsque la lésion est unilatérale, les malades paraissent boiter parce que les pas de l'un des membres inférieurs sont plus grands que ceux de l'autre. Lorsqu'on les met sur le dos, il existe une flexion de la cuisse sur le bassin persistant dans une certaine limite.

Lorsqu'on veut faire la flexion de la cuisse sur le bassin, on peut pousser cette flexion jusqu'à sa dernière limite, le bassin ne remue pas. Lorsqu'on fait la rotation en dedans. le bassin ne remue pas davantage; mais l'extension est limitée, et si l'on essaie de faire l'adduction, elle est tellement limitée qu'on arrive à peine à 25, 30 ou 36 degrés. Lorsque le membre est dans la flexion et dans la rotation en dehors, du bout du doigt on fait tourner l'enfant comme dans la coxalgie.

M. Verneuil croit qu'il peut en attribuer la cause à un vice rhumatismal héréditaire, sans oser rien affirmer.

Le pronostic serait assez favorable. Comme diagnostic, on ne peut hésiter qu'entre cette affection et la coxalgie commençante. Cette affection est presque toujours double, tandis que la coxalgie double est excessivement rare. Il faut en excepter évidemment la coxite rhumatismale, qui s'accompagne de fièvre et force les malades à garder le lit. Dans la station debout, dans la coxalgie, il y a toujours déviation du bassin, asymétrie des membres, de plus, dans la marche, il y a toujours de la claudication. Le dernier critérium, c'est que si l'on examine un petit coxalgique sur le dos, si on lui fait exécuter des mouvements, tous les mouvements sont gênés, à un certain moment du moins.

Comme traitement, M. Verneuil a prescrit l'électricité; les courants continus, portés sur les adducteurs, et la faradisation des autres parties du membre, les frictions, les toniques et les douches froides.

M. Houel dans des cas analogues n'a obtenu de bons résultats que par l'hydrothérapie.

M. Tillaux rapporte une observation de *corps étrangers du rectum* que nous publierons dans le prochain numéro.

Société médicale des hôpitaux (27 juillet). — M. Potain présente un jeune malade guéri d'une pleurésie purulente par l'application d'un double séton et se livre, chemin faisant, à quelques observations critiques sur les différents procédés employés pour pratiquer la thoracentèse.

M. Lacassagne, professeur agrégé au Val-de-Grâce lit la majeure partie d'un mémoire sur l'insolation, Il s'appuie sur ce qu'il lui a été donné d'observer à la revue du 1er juillet dernier, revue dans laquelle il a reçu à son ambulance,

17 soldats frappés d'insolation. Il divise la maladie en plusieurs degrés comme la brûlure, comme la gelure, et dans l'insolation au premier degré, celle qu'il a observée, il distingue trois formes, — asphyxique, — syncopale, — mixte. Il fait observer que chez presque tous ces malades, il y avait eu constipation ou au moins absence de fèces pendant 24 heures.

Au second degré, il a observé le cas d'un jeune élève stagiaire du Val-de-Grâce, qui est resté dans la période de coma depuis cinq heures du soir jusqu'à quatre heures du matin et pour lequel les purgatifs, les sangsues ont dû être employés. Il a guéri.

M. Dieulafoy veut disculper la méthode d'aspiration dans le traitement de la pleurésie, de l'accusation qu'on semble porter contre elle, en lui attribuant l'inconvénient de déterminer la purulence de l'épanchement. M. Dieulafoy insiste surtout sur ce point, à savoir qu'il est des épanchements qui sont d'emblée histologiquement hémorrhagiques, c'est-à-dire que l'examen de l'épanchement fait avec les procédés de précision qu'on possède aujourd'hui, permet de constater la présence d'un certain nombre de globules sanguins dans le liquide épanché. Ces globules, quand ils existent, vont en augmentant de nombre : de sorte que si la première ponction permet de constater 1500, 2000 globules, à la deuxième, le nombre sera plus considérable. Ce ne serait donc pas la ponction qui aurait donné lieu à la purulence ; mais la ponction aurait été faite à la première phase d'une pleurésie histologiquement hémorrhagique. Toutefois, M. Dieulafoy se garde bien de confondre ces épanchements sanguins avec les épanchements symptomatiques du cancer, etc.

CORRESPONDANCE

Nous avions mis sous presse le numéro du journal quand la lettre suivante de M. le professeur Pajot nous est arrivée. Pour nous et nos lecteurs le débat est clos, tout à fait clos. Nous le rouvrirons dans un an, s'il plaît à Dieu et à notre confrère M. Abeille ; — mais pas avant.

Mon cher confrère,

J'ai adressé la lettre suivante à la *Gazette obstétricale* :

Croire à la possibilité de la fécondation avec une déviation utérine est, selon M. le Dr Abeille, « *une erreur ostensible.* »

Or je lis dans la *Gazette* ceci :

« Une malade même (obs. 14) a été opérée au début d'une grossesse *ignorée*, qui n'a pas été entravée dans son cours et qui s'est terminée par un accouchement normal à terme. »

Il faudrait pourtant s'entendre.

Cette femme avait une déviation — ou bien elle n'en avait pas.

Si elle en avait une — comment a-t-elle pu devenir enceinte ?

Si elle n'en avait pas, — de quoi a-t-on pu l'opérer ?

Pour clore le débat sur la valeur des opérations de M. Abeille, voici ce que je propose :

Une anté ou rétroflexion sera constatée par MM. Gosselin, Richet et Trélat, professeurs de chirurgie à la Faculté.

M. Abeille opérera et traitera la malade comme il l'entendra.

Un an après, la malade sera examinée de nouveau par mes trois collègues et je m'engage à publier le résultat de l'examen en tête des *Annales de gynécologie* et dans votre journal, si vous y consentez.

Agréez, cher confrère, tous mes sentiments,

Professeur Pajot.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de l'eczéma, par M. Lailler.

L'eczéma est une des maladies cutanées les plus fréquentes et les plus rebelles. M. Lailler qui en voit des milliers chaque année, tant à l'hôpital Saint-Louis que dans sa pratique, l'avait pris pour sujet de ses leçons cliniques dont quelques-unes ont été publiées dans la *France médicale*.

La première question qui se présente est celle-ci ; doit-on guérir un eczéma ? N'y a-t-il pas à craindre quelque métastase ? La réponse de M. Lailler est affirmative : oui, il faut traiter l'eczéma.

Mais ce traitement quel est-il ? Il est peu de maladies cutanées aussi difficiles à soigner et surtout à guérir que l'eczéma. Deux

sortes de traitement doivent être mises en usage : le traitement général et le traitement local.

Dans l'eczéma aigu, quelques révulsifs intestinaux, une diète légère, et l'application de médicaments émollients sur l'éruption, font à eux seuls les frais de la médication ; on peut ainsi faire disparaître la poussée aiguë plus ou moins rapidement.

Mais il n'est pas aussi facile de traiter l'eczéma chronique.

D'une manière générale, le traitement interne consiste dans des purgatifs, et surtout dans l'emploi de l'arsenic sous toutes ses formes.

Quant à M. Bazin, il admet les eczémas dépendant des diathèses scrofuleuse, arthritique, herpétique; par conséquent la médication qu'il emploie doit varier suivant la maladie générale qui a engendré l'affection cutanée. Les médicaments antiscrofuleux, l'huile de foie de morue, le fer, dans l'eczéma strumeux ; les alcalins, dans l'eczéma arthritique ; l'arsenic, dans l'eczéma herpétique; tel est le fond de sa médication qui s'adresse à la maladie dont l'éruption n'est qu'une manifestation. M. Lailler ne s'associe qu'avec réserve à ce mode de traitement.

Le premier point essentiel est de recommander au malade une hygiène sévère, un régime léger, une sobriété de chaque jour. Il n'est rien de plus contraire aux affections cutanées en général et à l'eczéma en particulier que les écarts de régime. Le moindre excès suffit pour déterminer une poussée d'eczéma et pour annihiler les effets d'un traitement datant depuis longtemps et ayant déjà agi d'une façon efficace.

Le traitement hydro-minéral est sans contredit un des plus recommandables. Mais il ne doit pas être institué sans précautions. Les indications sont variables suivant l'acuité de l'éruption, sa forme, la constitution du sujet.

A la période aiguë de l'eczéma, on ne doit pas ordonner le traitement hydro-minéral. Ce n'est que dans la forme chronique qu'il est indiqué.

C'est ainsi qu'on ordonnera les eaux sulfureuses : Barèges, Luchon, Uriage, Ax, Aix, Enghien. Ces eaux sulfureuses ont une action efficace, surtout dans la forme lichénoïde de l'eczéma.

Uriage répond aussi à une autre indication ; ses eaux sont à la fois sulfureuses et purgatives. Cette action purgative rentre dans le traitement général.

Si le malade est rhumatisant, on obtiendra de bons résultats dans l'emploi des eaux de Royat ou de Vichy.

Il faut avant tout proscrire les bains de mer et même le séjour dans une station de la côte. Tout au plus pourra-t-on permettre

quelques bains de mer chauds aux enfants affectés d'eczéma scrofuleux.

Suivant les circonstances, on peut ordonner les bains d'amidon, alcalins, sulfureux ; les douches sulfureuses, (eczéma lichénoïde) les pulvérisations, les bains et les douches de vapeurs, les bains à l'hydrofère.

Quant au traitement local, il varie énormément ; les topiques que l'on a préconisés sont extrêmement nombreux. De tous ces traitements, celui qui paraît donner les meilleurs résultats, c'est l'enveloppement des parties malades dans le caoutchouc. Cet enveloppement surtout employé dans l'eczéma chronique, est aussi d'une utilité incontestable dans l'eczéma aigu : mais c'est principalement l'eczéma lichénoïde qui est amélioré par ce mode de traitement.

L'enveloppement détermine d'abord un suintement abondant, mais au bout de quelque temps, le suintement diminue et la période pityriasique se montre. Souvent au début, on constate l'apparition d'une poussée aiguë dont il ne faut pas s'effrayer. On doit en général persister; cependant si l'inflammation est trop intense, il est bon de remplacer le caoutchouc par des cataplasmes émollients. Puis quelques jours après, on reprend l'usage du caoutchouc.

L'enveloppement ne doit pas être permanent ; même en l'absence de poussées aiguës, il est utile de cesser ce traitement par intervalles.

Il est bien difficile de dire à quel moment on doit cesser complètement ce mode de traitement ; ce n'est guère que par tâtonnements que l'on arrivera à dire l'époque où l'on devra s'arrêter.

Pour combattre le suintement lorsqu'il est trop abondant, on peut employer divers topiques pulvérulents : poudre d'amidon, de fécule, de tabac, de lycopode, de bismuth, d'oxyde de zinc.

Dans certains cas, on emploie des topiques liquides : eau blanche, solution de sulfate de zinc, et même de nitrate d'argent, mais seulement dans les eczémas partiels.

Les démangeaisons sont combattues avec avantage dans certains cas par l'application d'une solution de sublimé à 1/50, ou d'huiles émollientes ; l'enveloppement dans le caoutchouc est aussi un des meilleurs moyens de calmer les démangeaisons.

Enfin lorsque la période pityriasique est arrivée, c'est-à-dire lorsque l'eczéma est près de sa guérison, il faut amener la fin de cette desquamation par des applications d'huile de cade pure ou coupée avec de l'huile d'amandes douces. Dans ces derniers

temps, M. Lailler a obtenu de bons résultats, pour cette dernière période de la maladie, en faisant pratiquer des onctions avec le mélange suivant :

Alcool, glycérine, eau, en variant les proportions de ces divers principes.

La desquamation peut être arrêtée également par des frictions avec de l'axonge.

Voici un mode de traitement assez satisfaisant que M. Lailler a employé contre l'eczéma lichénoïde, et en particulier l'eczéma orbiculaire des paupières, et qui consiste dans des frictions avec du savon noir. Il se fait d'abord une légère poussée subaiguë, on cesse l'emploi du savon : on ordonne alors quelques pulvérisations ; puis on reprend l'usage du savon, lequel est bientôt suivi d'une amélioration très-notable.

Voici les formules des diverses pommades qui peuvent être employées dans l'eczéma :

1° Pommade oxygénée à 1/8 : axonge 500 gr., acide nitrique 64 gr.

2° Pommade soufrée 1/5 (codex).

3° Pommade au borax à 1/5 ou 1/10.

4° Pommade à l'oxyde de zinc à 1/5 ou parties égales.

5° Pommade au tannin de 1 à 20 0/0.

6° Pommade au goudron à 1/10 ou 1/5.

7° Pommade à l'iodhydrargyrate, composée d'axonge, d'iodure de potassium et de deutoïodure de mercure à 1/200 ou 1/100.

Kyste hydatique du foie vidé à deux reprises au moyen de l'aspirateur et guéri spontanément par rupture et évacuation dans l'estomac, par M. le Dr Gérin Roze.

Dans le numéro 19 de *Paris médical*, nous avons rapporté l'observation d'un malade qui avait subi quarante-sept ponctions pour un kyste suppuré du rein. M. Gérin Roze a présenté à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux un cas moins curieux il est vrai, mais tendant à prouver l'innocuité des ponctions aspiratrices quand elles sont pratiquées avec précaution. Ce qu'il y a de plus curieux dans cette observation, c'est le mode de terminaison par évacuation dans l'estomac.

Il s'agit d'une femme de quarante-et-un ans, qui entra à l'hôpital Beaujon le 3 octobre 1874, présentant tous les caractères d'un kyste hydatique du foie.

Le 15 octobre, M. Gérin Roze, se servant de l'aspirateur Dieu-

lafoy, ponctionne ce kyste et n'enlève le trocart que lorsque le liquide cesse de couler. Il retire ainsi 800 grammes d'un liquide incolore, transparent, clair comme de l'eau de roche, sans débris membraneux, et dans lequel on ne trouve pas de crochets. La malade se lève dès le matin.

Un peu moins d'un an après, en août 1875, la malade entre à la Charité pour y subir une deuxième ponction. La tumeur, saillante, lisse, rénitente, produit une voussure très-marquée, soulève les fausses côtes et s'étend transversalement de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche, sur une longueur de 13 centimètres. Son point le plus saillant est situé un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau du rebord costal. C'est à ce niveau que M. Gérin Roze plonge l'aiguille aspiratrice n° 2 et retire 900 grammes d'un liquide verdâtre ressemblant à de la purée de pois, mélangé de quelques débris de membranes blanchâtres. On y trouve, au microscope, plusieurs crochets d'échinocoques, des globules purulents, de nombreux cristaux de cholestérine. La tumeur a disparu ; la malade respire plus facilement, mais la douleur persiste. Le soir, le pouls est à 112, la température à 39° ; dès le lendemain, la réaction avait cessé, et dans les jours qui suivent, la température oscille entre 37° et 37° 4[5, et le pouls entre 90 et 92. Dix jours après l'opération, la malade sort en bon état.

En mars 1876, les douleurs sont revenues ; la malade accuse, en outre, de la dyspepsie. Cependant, la région du foie ne présente rien d'anormal. Le 28 juin 1876, la malade vomit une grande quantité de pus et de débris membraneux. Elle fut prise tout à coup d'une très-vive douleur au niveau de l'épigastre et rejeta, par la bouche, une très-grande quantité de liquide d'une saveur détestable, et de grandes peaux, dont l'expulsion, fort pénible, dura près d'un quart d'heure. Ces peaux offraient tous les caractères des membranes hydatiques. A la suite de ces vomissements, la malade ne se plaignit que de fatigue et de douleur dans la région du foie. L'état général est satisfaisant ; rien ne ferait supposer le travail pathologique qui vient de se produire, sauf la douleur hépatique que provoque la pression. Langue blanche, inappétence complète ; pas de selle dans les jours qui suivent. Régime lacté absolu et repos. Sous l'influence de ce régime, l'état de la malade s'améliora de jour en jour, et un mois après, elle put retourner chez elle complètement rétablie. Elle est restée guérie depuis.

Cette observation confirme cette opinion que la ponction des kystes hydatiques du foie par le trocart aspirateur, constitue une opération peu dangereuse. Devant cette malade, il n'y avait que trois partis à prendre : l'expectation, l'ouverture avec les caus-

tiques, la ponction. L'expectation, c'était condamner cette malade à tous les dangers occasionnés par le développement incessant du kyste. L'ouverture par les caustiques devait être regardée plutôt comme une dernière ressource que comme un premier effert à tenter. Restait donc la ponction par le trocart aspirateur, opération très-simple et qui donnait la chance de débarrasser la malade du premier coup. Lorsque neuf mois plus tard, ayant dû recourir à une nouvelle ponction, M. Gérin Rose constata l'inflammation du kyste et la présence du pus, il se demanda s'il était prudent de fermer l'ouverture. Il s'y décida cependant, se réservant, si la douleur et la fièvre se montraient, de placer une canule à demeure. Les résultats de la ponction simple furent des plus favorables. Il est curieux de constater que, depuis lors, la malade a pu porter un kyste suppuré sans en être très-incommodée.

Hémorrhagie de la main arrêtée par la compression immédiate sans ligature, par M. le Dr Marcailhou d'Aymeric, de Blida.

Nous empruntons au *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie* une observation très-pratique d'arrêt d'hémorrhagie artérielle sans ligature.

Dans les numéros précédents, nous avons relaté quelques cas d'hémorrhagie artérielle ayant nécessité la ligature ; il est essentiel que le praticien ait présents à l'esprit les cas de terminaison heureuse sans opération chirurgicale proprement dite.

En juillet 1876, le Dr Marcailhou fut appelé par un homme âgé de 32 ans, atteint d'une blessure à la paume de la main droite.

Jouissant jusqu'à ce jour d'une bonne constitution, il était tombé, dans une partie de campagne, en allant chercher de l'eau, avec une bouteille, et, en cherchant un point d'appui pour se soutenir, sa main avait porté sur une pierre et la bouteille s'était brisée dans cette main.

Les parents et amis, témoins de l'accident, effrayés de l'abondance du sang, le conduisirent chez un pharmacien qui arrêta l'hémorrhagie en comprimant la plaie à l'aide de boulettes d'étoupe maintenues avec une bande.

Trois heures après, l'hémorrhagie se reproduit, et notre confrère fut appelé. Après avoir fait comprimer par deux aides les artères de l'avant-bras, au poignet, il enleva le pansement.

La plaie lavée à grande eau, il constata : A la face palmaire de la main droite une plaie de 6 centimètres, dirigée de haut

en bas de l'éminence de l'hypothénar vers la partie moyenne de la paume. La plaie était superficielle vers l'éminence et atteignait sa plus grande largeur et profondeur vers l'éminence thénar.

La main et l'avant-bras ne présentaient aucun gonflement; les mouvements étaient conservés, sauf pour le médius et l'annulaire, le petit doigt se mouvait facilement.

Malgré la compression, le sang continua de couler et sortait par jets quand on ne comprimait plus.

M. Marcailhou était décidé à faire la ligature de l'artère palmaire superficielle lésée ainsi que de la collatérale interne du petit doigt, toutes deux béantes dans la plaie ; les fils à ligature étaient déjà préparés, quand l'idée lui vint de faire la compression directe sur ce vaisseau, tout en comprimant avec des bandelettes de diachylon les artères radiale et cubitale.

Il plaça des bandelettes de charpie imbibées de perchlorure de fer sur la longueur entière de la plaie, en écartant les bords de la solution de continuité, et, au bout de quelques instants, l'hémorrhagie cessa.

Il mit l'avant-bras fléchi dans une écharpe, tout en recommandant de l'avertir si l'hémorrhagie récidivait.

Douze jours après, le malade ayant eu l'idée de soulever un peu l'appareil, le sang commença à sourdre au dehors.

La plaie découverte, il était encore décidé à lier les artères, après avoir pris l'avis de trois confrères qui penchaient tous pour la ligature, mais variant d'opinion pour le lieu d'élection.

M. Marcailhou prit alors un bourdonnet de charpie s'adaptant à la largeur et à la profondeur de la plaie ; il le baigna de perchlorure de fer et l'introduisit fortement ; au-dessus, il fit la compression avec quelques disques d'amadou, et maintient le tout par un bandage compressif.

Le lendemain, la main était gonflée, et ce gonflement persista pendant dix jours, au bout desquels la suppuration souleva les bords de la plaie.

Craignant la gangrène à cause des grandes chaleurs et pour donner un libre cours à la suppuration, il enleva l'amadou : point d'hémorrhagie. La suppuration coula librement.

Trois jours après, il retira le bourdonnet de charpie et pas une partie n'en resta dans la plaie.

Le malade put dès lors vaquer à ses occupations ordinaires, et dix jours après, la cicatrisation était complète; il restait encore une ligne blanchâtre à l'endroit de la solution de continuité.

Le mouvement du médius et de l'annulaire étaient faciles, et le malade totalement guéri.

L'opium et le bromure de potassium dans les maladies du cœur.

Il y a longtemps qu'on appelle la digitale le quinquina du cœur. Mais la digitale est un médicament précieux dont on abuse quelquefois. Elle a ses contre-indications bien tranchées. Dans les maladies du cœur, caractérisées par l'insuffisance et le rétrécissement aortiques, ce n'est pas la digitale qui est indiquée ; une série d'expériences faites par M. le professeur Gubler démontre la puissance des préparations opiacées dans ces circonstances. *C'est surtout dans les affections mitrales que l'opium est contre-indiqué : il est utile au contraire dans les affections de l'orifice aortique.*

M. le Dr Henri Huchard a cherché à expliquer l'action thérapeutique de l'opium en lui attribuant une action *hyperhémiante* sur le cerveau. Sans nous faire garant de cette explication, nous nous contenterons de faire connaître le mode d'anministration.

Il faut donner la préférence aux préparations morphinées, et *surtout à l'injection sous-cutanée de morphine*, l'expérience sur ce point de thérapeutique ayant amplement démontré, d'une part, que les doses massives de ce médicament sont seules capables de réussir, d'une autre part, que la morphine injectée dans le tissu cellulaire est douée d'une action non-seulement plus rapide, mais aussi un peu différente de celle qu'elle possède lorsqu'elle est introduite par la voie stomacale.

D'autres fois, M. Gubler prescrit la teinture thébaïque à la dose de cinq gouttes à la fois, 3 fois par jour.

Dans la *Revue clinique de Bologne*, M. le Dr Giuseppe Angrisani a, à la suite d'un important travail, posé les conclusions suivantes pour l'administratien du bromure de potassium :

Le bromure n'a aucune action sur les fibres musculaires du cœur, comme la digitale, et celle-ci n'a aucune action sur les artères ;

Le bromure est le médicament le plus apte à corriger les anomalies fonctionnelles du cœur, comme la fréquence, l'intermittence, l'arythmie, etc., quel que soit l'état du myocarde ;

Il modifie avantageusement et vite l'angine de poitrine et les palpitations, quand ce sont de simples névroses. Dans les cas qui dépendent d'altérations anatomo-pathologiques profondes

du cœur et des vaisseaux, ou d'une compression, le bromure réussit encore à produire une amélioration qui dure plus ou moins longtemps.

De ce qui précède, on peut tirer les conséquences suivantes :

A. *Opium*, quand il y a lésion aortique;

B. *Bromure de potassium*, quand il y a névrose;

C. *Digitale*, dans les autres cas.

Transpiration des pieds; guérison.

Différents procédés ont été donnés pour la guérison de cette repoussante infirmité. Quelquefois on saupoudre les pieds avec une poudre inerte, amidon, poudre de riz, etc. On a aussi employé avec succès les lotions avec la solution de chloral.

Chloral . . . . 2 gr.
Eau 200

On enveloppe aussi les pieds avec des compresses trempées dans cette solution.

M. Bourdon a employé la solution suivante :

Permanganate de potasse. . 3 gr. à 5
Eau. 1000

Le Dr Bertold prescrit :

Acide salicylique. . . . . 10 gr.
Amidon pulvérisé 50

mêlez : pour saupoudrer les intervalles des doigts, des pieds et les chaussettes.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la choroïdite antérieure, par le Dr Coursserant, 11877, thèse (Coccoz, édit.).

Un jeune médecin qui porte un nom très-sympathique à la famille médicale, nom très-honorablement connu depuis longtemps dans la pathologie oculaire, M. H. Coursserant vient de soutenir sa thèse *sur la choroïdite antérieure.*

Sous le nom de choroïdite antérieure, il décrit une affection caractérisée par des lésions diverses situées entre l'équateur et l'*ora serrata* et donnant lieu à un ensemble symptomatique qui s'éloigne par beaucoup de points des autres choroïdites. Pour que l'ophthalmoscope puisse la faire reconnaître, il est indispensable d'obtenir la dilatation maximum de la pupille lorsque le malade porte les yeux dans les positions extrêmes du regard, l'observateur se plaçant lui-même le plus obliquement possible par rapport à l'œil observé.

Les principaux symptômes consistent en une douleur provoquée par la pression sur un point limité situé en avant près de la cornée, en une intégrité absolue du corps vitré, en troubles analogues à ceux qu'on rencontre chez les hypermétropes, en myodopsie, en photopsies, en scotome, ou métamorphopsie ou déformation apparente des objets, etc.

Pour établir le diagnostic différentiel, il est essentiel d'avoir recours à l'examen ophthalmoscopique et de se placer dans des positions pour ainsi dire *forcées* afin de pouvoir examiner la région malade.

La marche de la choroïdite antérieure est tantôt brusque, tantôt lente, sans altération immédiate des milieux de l'œil.

Il faut être très-réservé sur le pronostic ; quant au traitement, il faut combattre l'état congestif, par les déplétions sanguines locales, par la digitale, par les vésicatoires au front, aux tempes, par l'iodure de potassium, etc.

Quelques observations terminent cette excellente monographie.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine de Paris. —Les vacances de la Faculté commenceront le 15 août.

Pendant tout le temps des vacances, la bibliothèque sera ouverte les mardis, jeudis et samedis, de 11 heures à 4 heures.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — Deux concours s'ouvriront en février 1878 pour deux emplois de professeur suppléant, savoir :

Le 4 février, pour la chaire des sciences naturelles ;

Le 19 février, pour la chaire de médecine.

Médecins de Saint-Lazare. — M. le Dr Courot, médecin-adjoint de Saint-Lazare, vient d'être nommé médecin titulaire en remplacement de M. le Dr Costilhes, décédé.

M. le Dr Le Blond a été nommé médecin adjoint en remplacement de M. Courot.

Mortalité à Paris.— Dans la semaine finissant le 26 juillet, sur une population de 1,986,748 habitants, la mortalité a été de 862 décès, soit 27 de moins que la semaine précédente. Il y a eu diminution de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la pneumonie ; état stationnaire des affections diphthéritiques. Le nombre des décès a été de 621 en ville et 241 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 31. 9 Août 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 9 août 1877.

Académie de médecine (31 juillet). — Un des doyens de l'Académie, M. Piorry est monté à la tribune pour prendre part à la discussion sur la fièvre typhoïde, qui avait été interrompue depuis quelque temps pour faire place à la discussion sur l'acide salicylique. M. Piorry est venu défendre les idées pour lesquelles il a combattu toute sa vie, la nomenclature qu'il a créée, les états organopathiques qu'il a décrits; en un mot il s'est déclaré opposé aux doctrines émises par M. Chauffard.

M. Collin a son tour est venu lire un mémoire sur l'étiologie des maladies virulentes. Il a répété les mêmes expériences que M. Pasteur; comme lui, il a fait naître le charbon chez des animaux à qui il avait inoculé une goutte du contenu d'un des tubes de M. Pasteur. Poûr M. Collin, il ne voit pas la nécessité de faire intervenir des bactéridies de nouvelle formation. Il ne sait à quelle dilution la virulence peut cesser et on arrive à des dilutions au cent millième qui sont encore virulentes.

M. Collin a vu la virulence sans bactéridies dans le sérum obtenu après la coagulation du sang charbonneux. Il a vu aussi le sang chargé de bactéridies ne pas communiquer le charbon.

Après cette lecture qui remet en question les assertions de M. Pasteur, M. Jules Rochard a fait son début à l'Académie par la lecture d'une note sur le typhus exanthématique qui a sévi dans la petite île de Molène, sur les côtes de

Bretagne. Ce mémoire rédigé d'après les notes de M. le Dr Danguy des Déserts, médecin de première classe de la marine, est un modèle du genre. Il nous rappelle l'admirable travail que le Dr Gendron, du Château-du-Loir a publié en 1834 sur l'épidémie de fièvre typhoïde, travail qu'on peut lire dans le journal des *Connaissances médico-chirurgicales*.

M. le Dr Danguy a pu suivre cette épidémie, pas à pas, maison par maison. La contagion était facile à suivre dans une île composée d'un seul village de 121 maisons et contenant 579 habitants.

Sur 284 malades on a compté 164 femmes, et sur 12 décès 10 appartiennent au sexe féminin. Cet excès de mortalité tient à ce qu'à Molène les femmes sont chargées de tous les travaux, mal nourries, qu'elles ont soigné et veillé tous les malades pendant que les hommes étaient en mer. Le premier cas de typhus a paru au mois de septembre 1876; la maladie a pris le caractère épidémique en janvier 1877, a atteint son apogée au mois d'avril et s'est éteinte à la fin de mai.

L'épidémie de Molène n'est pas un fait isolé. En 1870, le typhus exanthématique a ravagé la commune de Kiantec, située près de Lorient, et M. Gilet, médecin de première classe de la marine, a fait dans sa thèse inaugurale l'historique de cette maladie, dont il a été atteint lui-même. M. le médecin en chef Gestin a rendu compte d'une épidémie analogue qui a régné en 1872 et 1873 dans le village de Rouisan, aux portes de Brest. Il s'est livré, de plus à une série de recherches qui lui ont permis de constater que le typhus exanthématique est endémique dans le Morbihan et dans le Finistère. Les preuves de cette assertion sont contenues dans le remarquable travail qu'il a envoyé à l'Académie de médecine en 1875, et auquel a été accordée tout récemment une récompense exceptionnelle.

Le typhus de Bretagne est le même que celui des camps, des vaisseaux et des prisons. Il n'y a entre eux qu'une différence de gravité, laquelle s'explique par l'encombrement. L'encombrement ne suffit pas pour faire éclater le typhus : il faut un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qui sont réunies à leur summum dans les villes assiégées, dans les camps, etc., mais qui existent à l'état permanent,

bien qu'à un degré plus faible, dans les campagnes de Bretagne. On ne s'expliquerait pas son apparition dans des colléges, dans des villes dont les conditions hygiéniques n'ont subi aucun changement. Son mode d'invasion proteste aussi contre cette manière de voir. Il débute presque toujours par un cas unique auquel on peut remonter, et à partir duquel le fil conducteur se perd. La transmission se fait de malade à malade, lentement d'abord, puis avec plus d'intensité; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que la maladie prend le caractère épidémique et s'étend à toute la localité.

Les épidémies observées en Bretagne ont donné une preuve nouvelle de l'intensité du pouvoir contagieux du typhus. Elles ont prouvé qu'il pouvait se transmettre par les vêtements, le linge, les objets de literie. Sa sphère d'action est plus limitée que celle de la plupart des maladies contagieuses. On peut assez facilement s'en préserver en n'approchant pas les malades. Il faut même séjourner un certain temps près d'eux pour être atteint. Les observations faites à Molène ont permis de fixer, avec plus de précision, que par le passé la durée de la période d'incubation. Elle est de dix à douze jours.

Société de chirurgie (1er juillet). — La présentation d'un nouveau bout de sein fabriqué par M. Mathieu, une guérison de pollutions nocturnes par l'appareil électrique de Ménière, dont nous avons parlé dans le n° 19, constituent à peu près tout le bilan de cette courte séance.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Abcès du cerveau. — Trépan, par M. le Dr Tillaux.

Presque tous les praticiens connaissent cette curieuse observation que nous copions textuellement dans le tome VI des leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren (p. 146):

« Il y a 8 ou 10 ans, un jeune homme reçut dans une querelle un coup de couteau sur le sommet de la tête : ce couteau se rompit dans le crâne après l'avoir perforé. Le chirurgien qui

pansa le malade n'examina point avec tout le soin désirable l'état de la plaie ; il en rapprocha les bords et le malade guérit. Plusieurs années se passèrent sans accident, seulement, de temps en temps le malade ressentait des douleurs dans sa cicatrice. Au bout de quelques années, sans cause connue, il lui survint un assoupissement très-fort, de la fièvre ; il vint à l'Hôtel-Dieu et y fut reçu. En examinant sa cicatrice, je sentis qu'elle était soulevée, et dessous elle un corps étranger ; j'incisai et fis l'extraction d'une portion pointue de lame de couteau, à l'aide du trépan. Les accidents persistèrent ; il s'y joignit de la paralysie du côté opposé à celui de la tête qui était blessé. J'incisai la dure-mère, il ne sortit rien ; je plongeai un bistouri avec précaution dans le cerveau, et il jaillit de suite un flot de pus. Le soir même de cette opération, tous les accidents disparurent, la fièvre, la somnolence et le délire ; et le malade guérit. »

Il vient de se passer à l'hôpital de La Riboisière un cas non moins intéressant chez un malade de M. Proust. Avec une grande précision de diagnostic, MM. Proust et Tillaux ont pu diagnostiquer le siége et la nature du mal, et M. Tillaux a été assez heureux pour suivre l'exemple qu'a donné Dupuytren en 1824 et que nous avons relaté plus haut. M. Duret a publié dans le *Progrès médical* l'observation que nous reproduisons ici.

« A la suite d'une fièvre typhoïde, un homme de 55 ans environ avait été atteint d'inflammation de la partie postérieure et supérieure du pariétal gauche. Une fistule s'était formée et ne donnait issue qu'à une petite quantité de pus. La santé du malade était d'ailleurs excellente, et on ne le conservait dans le service que dans le but de le laisser achever sa convalescence.

Le mardi 11 juillet il était assis sur une chaise et conversait avec ses camarades de lit, quand tout d'un coup il tomba sur le sol. On le releva, et quand il fut placé dans son lit, on constata une hémiplégie du côté droit : les membres et la face étaient paralysés. En même temps, il ne pouvait parler qu'avec la plus grande difficulté, et il bredouillait les mots. La perte de connaissance fut de courte durée. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité. Le lendemain, une légère amélioration survint ; le malade pouvait mieux s'exprimer, mais l'hémiplégie persistait, presqu'aussi accusée.

Le troisième jour, le malade retomba dans l'état du premier jour. M. Proust se demanda alors s'il n'existait pas un rapport plus ou moins immédiat entre la lésion osseuse du pariétal et les symptômes présentés par le malade. Il est vrai que le début subit de l'attaque de paralysie pouvait faire croire à une hémorrhagie cérébrale ou à une embolie. Mais, d'un autre côté, le siége

de la lésion au niveau des *régions motrices* de l'écorce cérébrale, permettait une autre interprétation des faits, non moins satisfaisante. La nécrose du pariétal était assez étendue, et elle répondait, par une assez large surface, à la zone motrice de l'encéphale. Peut-être une esquille osseuse comprimait-elle, en ce point, la substance nerveuse? Peut-être aussi, s'était-il développé, sous l'os, une collection purulente, qui agissait par compression. De plus, l'irrégularité des symptômes dans leur intensité, l'amélioration rapidement survenue et passagère constatée la veille, étaient peu en rapport avec l'existence d'un foyer hémorrhagique.

Devant ces considérations, M. Proust pria M. Tillaux de venir voir le malade et de lui donner son avis au point de vue d'une intervention chirurgicale. M. Tillaux émit l'opinion que la coïncidence d'une hémorrhagie et d'un embolus serait, dans l'espèce, un fait très-extraordinaire. Les symptômes présentés par le malade lui semblaient devoir être rapportés plus naturellement à une compression exercée par les fragments nécrosés ; il dit aussi que l'hypothèse de l'existence d'un abcès dans la dure-mère, ou d'un abcès à distance formé dans la substance cérébrale, comme cela se voit souvent à la suite de lésions osseuses du crâne, et en particulier dans les caries du rocher, était parfaitement soutenable. L'intervention fut donc résolue. M. Tillaux, une incision cruciale étant faite au cuir chevelu, enleva deux séquestres osseux ; il en résulta une déperdition de substance au crâne large de 3 cent. et longue de 5 c. Au-dessous des os, on trouve la dure-mère épaissie et recouverte de fongosités. Les deux savants médecins résolurent alors d'attendre, pour voir les effets de leur opération : l'incision de la dure-mère fut différée. S'il s'agissait d'une compression, dans quelques jours les accidents auraient disparu.

Aucune amélioration immédiate ne survint dans l'état du malade. Mardi matin, il était encore hémiplégique et aphasique. M. Tillaux résolut alors d'inciser la dure-mère. Comme on était au voisinage de la ligne médiane, et pour éviter la blessure du sinus longitudinal, il élargit, à l'aide du maillet et du ciseau, l'ouverture du crâne. Lorsque la section eut été pratiquée sur la dure-mère, il fut assez difficile, à cause de sa grande épaisseur, d'apercevoir nettement la surface de l'hémisphère.

Cependant, déjà, on était assuré qu'il n'existait aucune collection au-dessous de cette membrane. M. Tillaux, alors, plongea hardiment son bistouri dans la pulpe cérébrale et un flot de pus phlegmoneux jaillit le long de la lame de l'instrument tranchant. Une sonde cannelée fut introduite à la place du bistouri, et on put donner issue à environ une cuillerée à bouche de liquide pu-

rulent. Une mèche, longue et grêle, fut placée dans l'ouverture jusque dans la pulpe nerveuse.

Aussitôt après l'opération, le malade retrouva l'usage de la parole, et il dit distinctement qu'il se trouvait beaucoup mieux: l'hémiplégie n'avait pas disparu. Le lendemain, le malade était dans un état satifaisant et s'exprimait facilement, mais la paralysie persistait. Cela s'explique parfaitement, car il devait exister une encéphalite assez étendue des parois de l'abcès : des lambeaux de tissu cérébral sphacélé sont sortis avec le pus, M. Tillaux a de nouveau introduit une sonde cannelée dans le trajet cérébral, et a donné issue à une cuillerée de pus parfaitement lié.

Le malade guérira-t-il ? Il est impossible de l'affirmer encore, mais il est permis d'espérer que si la paralysie ne guérit pas, la vie, du moins, sera sauvée. Quoi qu'il en soit, cette opération, dont la hardiesse était si justifiée, fait le plus grand honneur au chirurgien qui l'a entreprise et à la science profonde du médecin qui, ayant reconnu la possibilité de l'existence d'un abcès, l'a demandée à son collègue

Ce succès (les résultats déjà obtenus nous permettent cette expression) encouragera peut-être les chirurgiens, à moins de timidité, et, pour nous servir de l'expression si pittoresque de M. Proust : l'*audace cérébrale renaîtra*. Pour nous, nous pensons qu'il existe dans certains cas des indications suffisantes pour exiger cette intervention, pour la guider à coup sûr, et nous espérons avoir prochainement l'occasion de le démontrer. »

Ces cas ne sont pas uniques dans la science. Il faut lire les observations publiées par Quesnay dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* (t. I, p. 225 et 310), le chapitre des plaies de tête dans le *Traité des maladies chirurgicales* de J. L. Petit, etc.. etc. Il faut une grande habileté chirurgicale et une grande précision de diagnostic pour suivre l'exemple donné par les chirurgiens précités. MM. Proust et Tillaux ont été à la hauteur de leurs devanciers.

—Le malade est mort, dans le coma, trois jours après l'opération pratiquée par M. Tillaux. L'autopsie a permis de constater la présence de quatre abcès dans différentes régions du cerveau.

Corps étrangers du rectum, par M. Tillaux.

L'introduction de corps étrangers dans le rectum est un accident qu'on rencontre assez fréquemment dans la pratique. Tout

le monde connaît l'histoire de la choppe de bière introduite dans le rectum et nécessitant pour son extraction une opération analogue à l'application du forceps. Gerdy ne manquait jamais dans son cours de raconter l'histoire de la queue de cochon introduite par des étudiants dans le rectum d'une courtisane. Ces malades guérirent. Il n'en fut pas de même du cas présenté par M. Tillaux.

Un homme de 36 ans s'introduisit, le lundi 16 juillet, une bougie tout entière dans le rectum; il alla voir un médecin qui l'adressa à M. Tillaux le jeudi suivant. Manquant chez lui des instruments nécessaires, il lui donna rendez-vous pour le lendemain matin à l'hôpital; là, il essaya de pratiquer sous le chloroforme la dilatation de l'anus et du rectum ; mais cet homme était scrofuleux; il avait eu de nombreux abcès froids, en particulier dans les deux fosses ischio-rectales, les parois du rectum étaient indurées et ne pouvaient se dilater, de sorte qu'il ne put introduire que très-difficilement deux doigts, et encore en les croisant. Ses tentatives d'extraction furent inutiles. Le soir, le malade eut quelques douleurs. Le lendemain matin, M. Tillaux recommanda à son interne, M. Quenu, de faire accroupir le malade et de lui faire de grandes injections avec un mélange d'eau et de glycérine. M. Quenu fit trois fois ces lavages, et il fut assez heureux pour extraire cette bougie avec une tenette analogue à celle dont on se sert dans l'opération de la taille.

Le soir même le malade fut pris de douleurs vives dans l'abdomen et il succomba le lendemain. L'autopsie montra qu'il y avait une eschare de l'intestin correspondant exactement au niveau du petit bout de la bougie.

Durillons plantaires.

M. le professeur Gosselin appelait dernièrement l'attention de ses élèves sur une affection qu'on rencontre chez les sujets qui marchent beaucoup. Il se forme chez ces individus une transformation fibreuse de l'épiderme à la région plantaire, transformation constituée par la successsion de couches épidermiques qui se condensent, forment des durillons qui rendent la marche difficile, douloureuse et quelquefois impossible. Quoique ces individus, cependant, aient un pied bien conformé, ces douleurs tiennent à l'existence de ces productions épidermiques que Boyer a appelées, quand elles sont limitées, des cors plantaires.

Quand il s'agit simplement de ces derniers, leur ablation peut

être pratiquée. Pour cela, il suffit de circonscrire les parties indurées de la peau, par deux incisions semi-elliptiques et de les enlever. Mais quand ces durillons sont tels qu'il faudrait, pour les extirper, faire une plaie très-étendue à la partie antérieure de la région plantaire et une autre au-dessous du calcanéum, il serait imprudent de recourir à une opération sanglante. Aussi M. Gosselin se contente de mettre le malade à l'abri de ces douleurs et de la petite inflammation, en conseillant l'emploi d'une semelle de liége avec un trou correspondant à la partie épidermique qui est le siége du durillon, dont il réussit généralement ainsi à pallier les inconvénients.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par la pommade à l'iodoforme, par le Dr Julian ALVAREZ, de Palma (Majorque).

L'iodoforme est un de ces médicaments fort actifs qui, pour des raisons que nous ne nous expliquons pas, prend assez lentement sa place dans la thérapeutique. C'est un excellent calmant contre la douleur, employé avec le collodion élastique, sous cette formule :

Collodion élastique . .	30 gr.
Iodoforme.	2 à 4 gr.

Il est encore employé avec succès, et en poudre, contre certaines ulcérations atoniques et contre l'ulcération du col utérin.

M. le Dr Julian Alvarez, de Palma, a publié dans l'*Independencia medica* de Barcelone, quatre observations dont il tire les conclusions suivantes :

1° Mieux que tout autre agent, l'iodoforme calme la douleur qui accompagne l'orchite blennorrhagique; ce résultat est obtenu au bout d'une ou deux heures.

2° L'iodoforme a une action résolutive très-manifeste et présente sur l'onguent mercuriel, généralement employé, l'avantage de n'occasionner aucun accident par son absorption.

3° L'iodoforme abrége très-notablement la durée de l'orchite et empêche l'induration consécutive de l'organe.

4° Il faut employer une pommade contenant, pour trente grammes d'axonge, de un à deux grammes d'iodoforme, suivant l'intensité de l'inflammation.

Du cathétérisme dans les rétrécissements de l'urèthre.

La patience est souvent la première qualité du chirurgien et de l'accoucheur. Quand on parcourt les anciens auteurs, on assiste parfois à des traits qui surprennent. Dans les rétrécissements de l'urèthre, la méthode par la dilatation forcée tend à disparaître de la pratique. M. Le Fort, dans une de ses leçons cliniques, donnait les conseils suivants à ses élèves :

« Lorsque vous vous trouvez en présence d'un rétrécissement de l'urèthre que vous ne pouvez franchir, introduisez jusqu'au rétrécissement une bougie à bout olivaire ou même une sonde des numéros 15 ou 18 ; pressez pendant dix minutes le bout de la sonde sur le rétrécissement, en tirant un peu sur la verge afin de la tendre. Retirez la sonde, et immédiatement essayez de passer une bougie des premiers numéros de la filière. Si vous passez, laissez la bougie à demeure pendant quarante-huit heures, puis remplacez-la par une bougie garnie à son talon d'un ajutage métallique ; passez le numéro 1, puis le numéro 2 de mes cathéters ; si le rétrécissement est dur, résistant, remettez à quelques jours le passage du numéro 5. Après avoir passé le numéro 2, placez, à demeure une sonde du numéro 12, et deux ou trois jours après, en passant mon cathéter métallique conique n° 3, lequel répond au n° 21 de la filière et vous aurez rendu au canal une dimension largement suffisante. La guérison définitive sera obtenue si le malade continue pendant plusieurs semaines à se passer lui-même, tous les jours, une bougie du numéro 18, et pendant plusieurs mois, à se passer cette même bougie une fois au moins par semaine. Cette précaution est indispensable, car ainsi que l'a dit Malgaigne, « de quelque méthode qu'on ait fait usage, il faut bien répéter que les charlatans seuls peuvent promettre une guérison sans récidive. D'une manière générale, la récidive est la règle ; seulement on la prévient d'une façon certaine en passant de temps à autre une sonde de gros calibre dans le canal. »

Traitement de la grenouillette, par M. le Dr Panas.

Dans une leçon clinique, M. Panas rappelait à ses élèves qu'il avait souvent réussi à guérir la grenouillette en injectant dans la tumeur quatre à dix gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Dans un cas rebelle où l'excision, la suture et

le drainage avaient successivement échoué, le contenu du kyste s'était toujours reproduit et finalement on se contentait de ponctionner de temps en temps la tumeur pour combattre les accès de suffocation. Huit ou dix gouttes d'une solution de chlorure de zinc au dixième furent injectées, sans qu'on prît la peine d'évacuer le contenu du kyste : quelque temps plus tard la même injection fut répétée avec une solution au cinquième. Le résultat ne se fit guère attendre et, moins de cinq semaines après le début du traitement, la guérison était complète. Cette méthode est applicable à toute espèce de kyste muqueux et séreux. Elle a réussi encore dans un cas de kyste sous hyoïdien, qui avait résisté à la cautérisation et à l'action de la teinture d'iode, et fut guéri par une seule injection de chlorure de zinc.

Topique contre les brûlures.

Le topique suivant, indiqué par le Dr Rice, dans le *Lyon médical*, nous paraît un excellent topique contre les brûlures et pouvant avantageusement remplacer le liniment oléo-calcaire.

Prenez 440 gr. de colle forte claire, réduite en menus morceaux et faites-là ramollir dans un litre d'eau froide. Achevez la dissolution au bain-marie ; ajoutez 60 gr. de glycérine et 22 gr. d'acide phénique.

Continuez d'évaporer jusqu'à ce que la surface du liquide se recouvre d'une pellicule brillante. Par le refroidissement, le mélange se prend en une masse élastique qu'il faut liquéfier par la chaleur lorsqu'on veut s'en servir.

Quant à l'application, elle se fait au moyen d'un pinceau, et en moins de deux minutes on a une couche brillante, flexible et presque transparente.

Aménorrhée par une imperforation de l'hymen.

Ces cas ne sont pas communs ; nous en avons observé deux dans notre pratique et ce phénomène peut occasionner quelque embarras au praticien, s'il n'a pas les faits présents à l'esprit, car il est bien difficile d'avoir des renseignements précis, les malades étant peu disposées et souvent même incapables de donner des renseignements qui puissent éveiller l'attention du praticien.

Le diagnostic étant posé, reste à savoir le mode opératoire auquel on donnera la préférence ; tantôt on se contente d'un

coup de trocart, d'autres fois il faut une incision plus ou moins grande.

Dans un cas de cette nature, le Dr Ant. Olioli eut recours à un procédé à la fois original et simple que nous reproduisons ici, d'après les *Ann. univers. di medicina e chirurgia* de Milan.

Le Dr Olioli fut appelé, le 15 octobre 1876, auprès d'une robuste jeune fille de 17 ans qui, en vendangeant, avait ressenti, la veille, des douleurs vives avec une sensation de pesanteur à l'hypogastre. Elle continua pourtant son travail. Mais le lendemain elle dut faire appeler un homme de l'art. Le Dr Olioli pensa qu'il s'agissait de la période menstruelle. Néanmoins les douleurs persistèrent pendant une huitaine de jours, beaucoup plus vives quand la malade voulait se coucher que lorsqu'elle restait debout. Tout rentra dans l'ordre jusqu'au 1er novembre. A cette époque, nouvelles douleurs présentant toujours les mêmes caractères, et cédant spontanément au bout de quelques jours. Mêmes phénomènes le 2 janvier et le 4 février.

Ce fut alors seulement que le Dr Olioli, voulant se rendre compte de la cause de ces phénomènes, eut l'index arrêté à la vulve par un hymen imperforé, dur et faisant une saillie arrondie et réductible. Il le traversa d'un coup de trocart. Une quantité de sang altéré s'écoula. Ce trocart lui servit ensuite à passer de dedans en dehors un fil à travers cet hymen, et grâce à cette anse, il put exciser une portion circulaire au centre de cette cloison. Par l'orifice ainsi créé, l'on put retirer une quantité considérable de caillots anciens tronsformés en une matière épaisse et filante comme de la poix. Cette opération mit immédiatement fin à tous les accidents que présentait la malade.

DIVERS

Le rapport de M. Lamouroux sur la statistique médicale.— M. Lamouroux, membre du Conseil municipal de Paris, a été nommé rapporteur de la commission chargée de proposer au Préfet une modification à la statistique sanitaire de la ville. Nous venons de recevoir ce rapport imprimé.

Tous les médecins faisant partie du conseil municipal — MM. Bourneville, Clavel, Delpech, Dubois, Lamouroux, Level, Levrand, Ch. Loiseau, Martin, Métivier et Thulié, — avaient constaté depuis longtemps l'insuffisance de la statistique actuelle et ils avaient songé à mettre cette importante question à l'ordre du jour de leurs délibérations.

S'appuyant sur tout ce qui se fait à l'étranger, s'éclairant des

conseils dés hommes qui ont consacré une partie de leur vie à la démographie, M. Lamouroux, après avoir établi l'importance de la démographie, arrive à la grande et principale question de la constatation des décès. Comme lui, nous regrettons que l'administration ait cessé de faire connaître aux médecins l'état de la mortalité par l'envoi du *Bulletin hebdomadaire* ; comme lui, nous trouvons plus qu'insuffisante la note de quelques lignes qu'on publie chaque semaine à l'*Officiel*. Que dit cette note? Elle nous apprend les décès par fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole, croup, angine couenneuse, bronchite, pneumonie, diarrhée, choléra, dyssentrie, affections puerpérales et érysipèle.

Prenons le dernier bulletin, celui que nous publions plus bas ; nous trouvons que sur 862 décès il en est spécifié seulement 261, c'est-à-dire qu'il en est 601 qu'on ne nous fait connaître autrement que par ces indications : *Autres affections aiguës*, — *affections chroniques*. Or, je le demande en bonne conscience, est-ce là une statistique? M. Lamouroux n'insiste pas assez là-dessus mais il se plaint, et avec juste raison, de la nomenclatur actuelle : il voudrait qu'elle indiquât la profession, l'âge, l'é civil, etc.

Il voudrait que dans les bulletins de naissance on fît connaître l'âge des parents.

Il voudrait que les bulletins de déeès fissent connaître le degré d'aisance du décédé. Que M. Lamouroux nous permette de n'être pas de son avis. Il y a à Paris bien des misères cachées sous l'apparence de l'aisance et réciproquement : en outre, c'est là une sorte d'enquête qui nous semble indigne d'un peuple et d'un pays libres.

M. Lamouroux voulait aussi le diagnostic du médecin traitant. M. Lamouroux oublie l'art. 378 du code pénal.

M. Lamouroux fait suivre son rapport d'un tableau-modèle où les décès sont divisés par causes, par âges et par sexes, d'un autre où ils sont divisés par cause et par quartier et il propose:

1o D'augmenter la valeur des documents statistiques en réclamant autant que possible la coopération des médecins traitans;

2° D'améliorer la nature de ces documents par des modifications en rapport avec l'élévation progressive du niveau des sciences médicales;

3° De publier un bulletin hebdomadaire complet ;

4° De créer un bureau central de statistique.

De l'aconit et de l'aconitine, par M. le Dr Oulmont. — **L'aconit** est un agent thérapeutique qui est souvent mis en usage

dans les affections cutanées et pulmonaires. M. Oulmont vient d'étudier à nouveau l'action de cette substance et de ses alcaloïdes et il formule ainsi ses conclusions :

1° Les alcoolatures de feuilles fraîches, de tiges, de fleurs, de semences d'aconit sont à peu près inertes à doses faibles. Pour obtenir quelques effets moyens, il faut arriver à 15 et jusqu'à 25 grammes. C'est un médicament infidèle qu'il ne faut pas employer.

2° Les alcoolatures de racines fraîches sont énergiques, mais d'une activité inégale et irrégulière. Il ne faut les prescrire qu'à doses faibles.

3° Les teintures d'aconit sont des préparations énergiques. La teinture de feuilles l'est moins que celle de racines ; toutes deux ont une action incertaine et inégale et par suite dangereuse. Elles déterminent sur la gorge un sentiment d'âcreté extrêmement désagréable.

4° L'extrait de feuilles du Codex est un médicament presque inerte aux doses où l'on administre usuellement. Pour obtenir des effets physiologiques modérés, il faut arriver aux fortes doses de 4 à 7 grammes.

5° L'extrait alcoolique de racines sèches des Vosges ou du Dauphiné est la préparation officinale la plus régulièrement active. Bien préparée et dans de bonnes conditions, elle rend de grands services dans la pratique. On peut la donner à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour et la porter graduellement à 10 et 15 centigrammes, sans produire d'accidents.

L'aconit suisse doit être rejeté à cause de sa violence.

6° L'aconitine est un médicament bien défini, d'une action sûre et régulière. Il est dangereux à cause de son énergie et de la violence de ses effets ; c'est pourquoi il faudra toujours le prescrire à très-petites doses, par 1/4 de milligramme, largement espacer les doses par trois ou quatre heures et ne les augmenter que graduellement. Malgré ces réserves et à cause de la sûreté de son action, c'est la préparation qu'il faut préférer.

7° Il y aurait lieu de réformer les formules du Codex dans le sens indiqué par les résultats qui viennent d'être exposés.

Les associations sanitaires de Londres.— M. le Dr Pietra Santa, dans le numéro 51 de son *Journal d'hygiène* (20 juillet) rend compte d'un voyage fait à Londres avec les délégués de la Société française d'hygiène, pour assister à une séance solennelle du *Sanitary Institute* qui se tenait le 5 juillet, sous la présidence du duc de Northumberland.

Nous avons toujours conservé notre *Rang scientifique*, quoi que fassent et disent nos voisins de l'Est.

L'accueil qui est fait à l'étranger aux savants français le prouve surabondamment. M. Marié-Davy qui faisait partie de la commission, a été le porte-parole au nom de la société française, et il est consolant de voir un grand peuple rendre à nos compatriotes le juste mérite qui leur est dû. L'étranger qui vient en France sait qu'il vient chez un peuple sympathique à tous, malgré quelques défauts parmi lesquels on ne trouve ni la haine invétérée, ni la jalousie froide et calculée. M. de Pietra Santa s'est mis à la tête d'une œuvre qui prospère, d'une œuvre qu'on peut dire française, car c'est à Jean le Bon, en 1356, qu'on rapporte la première pensée de l'établissement d'une véritable police de santé.

Luxation sous-astragalienne, par M. P. Berger. — Un jeune homme de 20 ans tombe d'une hauteur de 2 mètres et ne peut se relever ; il se fait transporter à la Pitié où l'on constate une luxation sous-astragalienne en dehors Le pied gauche était porté en dehors ; on trouvait une dépression profonde en dehors, au-devant de la malléole externe ; la malléole interne faisait une forte saillie ; en avant et en dedans on trouvait une autre saillie formée par l'astragale ; l'articulation était très-mobile. Ce n'est qu'au moment de la réduction que M. Berger perçut un craquement dont il s'autorise pour admettre le renversement de l'astragale. La réduction opérée, il constata la mobilité latérale du pied qui confirmait l'idée de la déchirure des ligaments péronéo-tibiaux.

Réclamation. — L'article publié dans le numéro 28 (12 juillet, p. 443), à propos des *injections liquides faites dans la vessie sans l'intermédiaire d'une sonde*, nous a valu une lettre trop longue pour être reproduite ici, de M. le Dr Bertholle, qui se plaint que M. Duchaussoy ait omis de lui accorder la priorité dans l'emploi de ce procédé.

Il ne nous appartient pas de nous ériger en juge dans cette question. Ce que nous pouvons dire, c'est que M. Bertholle a publié dans la *Gazette hebdomadaire* à la date des 27 avril, 11 et 25 mai 1877, un travail ayant pour titre : « Des lavements de vessie ou des injections intra-vésicales directes par le canal de l'urèthre chez l'homme. » C'est le 30 avril, c'est-à-dire trois jours après, que M. Duchaussoy a fait sa communication à la Société de médecine pratique. Comme nous désirons éviter toute polémique dans *Paris médical* qui a un but essentiellement et exclusivement pratique, nous nous bornons a signaler la lettre de

M. Bertholle et à renvoyer le lecteur aux pièces du procès qui sont contenues dans la *Gazete hebdomadaire* et que nous avons citée plus haut.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Bureau central. — Le concours pour trois places de médecin au bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Gouguenheim, Hallopeau et Debove.

Clinique médicale.— MM. Raymond et Landouzy viennent d'être nommés, au concours, chefs de clinique. MM. Barié et Pitres sont élus chefs de clinique adjoints.

Hôtel-Dieu de Paris. — Dans peu de temps les démolitions vont s'emparer de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris. Le déménagement des malades est commencé et se poursuit chaque jour.

L'association française pour l'avancement des sciences tiendra son congrés annuel au *Havre*, du 23 au 30 août 1877. Cette session, qui sera présidée par M. le Dr P. *Broca*, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, secrétaire général de la Société d'anthropologie, promet d'être intéressante. Outre des excursions et des visites industrielles préparées avec soin par le Comité local du Havre, de nombreuses communications sont déjà annoncées. Plusieurs savants étrangers ont promis d'y assister et le nombre en sera d'autant plus grand que la « *British Association for the advancement of science* » tient à Plymouth, du 15 au 22 août, sa 47e sesion.

Stage aux eaux minérales.— Un concours pour une place d'élève stagiaire aux eaux minérales aura lieu au mois de novembre 1877. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1878.

Les candidats devront se farie inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine pendant la dernière semaine d'octobre 1877, en déposant les pièces qui justifient des conditions exigées. La liste sera close le 31 octobre à 4 heures de l'après-midi.

Il est alloué au candidat nommé une somme fixe léguée dans ce but par Vulfranc Gerdy, frère du professeur de ce nom.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 2 août, dans une population de 1,986,748 habitants, la mortalité a été de 837, soit 25 de moins que la semaine dernière. La diminution a porté sur l'angine, la bronchite, la pneumonie; il y a eu une légère augmentation de fièvre typhoïde et de rougeole. Les décès se répartissent ainsi : 603 à domicile, 234 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 33. 16 Août 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 16 *août* 1877.

Académie de médecine (7 août). — La réunion n'a eu qu'un intérêt secondaire. La lecture de rapports en retard a occupé une grande partie de la séance. M. Personne a continué le sacrifice habituel des remèdes secrets. Ici s'est présenté un incident. Parmi ces remèdes, il en est un qui n'a de secret que le qualificatif, c'est le sirop sulfureux de Crosnier. D'après la législation, un remède cesse d'être secret, quand sa formule est inscrite au Codex ou dans les Bulletins de l'Académie. Grand tapage à ce sujet, rue des Saints-Pères : l'inscription n'a pas eu lieu dans le Bulletin, mais l'affaire n'est pas terminée.

M. Gubler n'est pas, comme M. Personne, un pontife sacrificateur ; c'est le *maximus pontifex* de la thérapeutique. Il est venu lire un rapport sur une substance nouvelle, qui aurait, d'après M. Byasson, les propriétés du thé et du café. Mais M. Gubler, homme du continent, avait compté sans M. Leroy de Méricourt, homme de terre et de mer, qui a beaucoup vu par lui-même et qui a expérimenté sur lui-même le végétal en question, le *mahé ;* il faut en rabattre, paraît-il, des promesses faites au nom du mahé, qui ne remplacera ni le thé, ni le café.

M. Gubler a été plus heureux quand il a lu son rapport sur un mémoire de M. Oré, de Bordeaux, relativement à un cas d'empoisonnement occasionné par l'agaric bulbeux.

Académie des sciences (6 août). — M. Bouillaud communique de nouvelles considérations sur la localisation de

centres nerveux, régulateurs des mouvements coordonnés du langage articulé et du langage écrit, et il conclut qu'il existe des facultés spécialement affectées au langage de l'écriture et de la parole, des centres cérébraux, présidant aux mouvements coordonnés, nécessaires à ces deux espèces de langages.

M. Claude Bernard présente, au nom de M. Malassez, une note sur la richesse des globules rouges en hémoglobine. M. Malassez a constaté que la charge des globules en matière colorante rouge ne dépend pas de leur volume. Il est des globules petits et très-riches en hémoglobine ; ceux-là regagnent, par l'épaisseur, ce qu'ils perdent par le volume total. Pour juger de l'état d'un globule, il faut donc tenir compte de sa richesse en hémoglobine, de sa coloration plus ou moins rouge.

Société de chirurgie (8 août). — Une petite discussion s'engage à propos de deux observations d'amputations de la jambe. Il s'agit de savoir quel doit être le lieu d'élection réel pour cette opération. D'abord, M. Verneuil rappelle qu'il a recommandé, depuis vingt ans, dans les amputations à lambeau, de réséquer les nerfs saillants, pour éviter les névromes. Quant au lieu où doit être faite l'amputation, M. Desprès préfère, chez les ouvriers, le choisir aussi haut que possible. M. Guyon croit, au contraire, que, à cause de la fatigue que donne la marche, la suppression du genou doit être prise en considération et qu'il faut chercher à améliorer les procédés d'amputation à la partie inférieure de la jambe. Pour tout concilier, M. Désormaux pense qu'il faudrait deux appareils aux amputés, une jambe artificielle et un pilon, l'une devant remplacer l'autre et alternativement.

M. Guéniot présente, de la part de M. Ganiez, de Darney, l'observation d'une femme de 53 ans, qui avait subi l'amputation du sein à l'aide du bistouri. Vingt-deux jours après l'opération survint du tétanos, qui fut traité vigoureusement et heureusement par le chloral, car la malade en prit 25 grammes en quarante-huit heures. Après cinq semaines, le tétanos était guéri. La malade avait pris en tout 100 gr. de chloral.

M. Guéniot fait un autre rapport sur un cas de dystocie chez une femme rachitique. Cette femme était accouchée

deux fois déjà, la première fois, d'un enfant vivant. Dans le cas actuel, la sage-femme a donné, à plusieurs reprises, de l'ergot de seigle, ce qui ne fit qu'augmenter la rigidité de l'utérus et a peut être occasionné la mort.

Ici se présente cette question. Dans les cas de dystocie, faut-il employer le forceps ou pratiquer la version? M. Guéniot préfère la version, quoiqu'à Paris la plupart des accoucheurs préfèrent le forceps.

M. Lannelongue montre les pièces anatomiques d'un enfant qui est entré dans son service et qui a offert quelques symptômes embarrassants au point de vue du diagnostic. Cet enfant avait, au-dessous du foie, une tumeur mate avec fluctuation. M. Marchant, qui remplaçait alors M. Lannelongue, crut à un kyste du foie et fit une ponction qui ne ramena aucune hydatide. A son retour, M. Lannelongue posa d'abord le même diagnostic, puis changea ce diagnostic en celui de kyste du rein. Quelques ponctions donnèrent lieu à la sortie de liquides et de gaz et bientôt après, le kyste se vida spontanément dans l'appareil urinaire. Mais tout à coup, le 2 août, l'enfant eut une hémiplégie complète à gauche, hémiplégie qui disparut à peu près complètement le soir, où l'enfant prit, dans son lit, une attitude bizarre et forcée, les avant-bras fléchis sur les bras, les cuisses sur l'abdomen, la tête à droite, sans strabisme. Le lendemain, coma et mort le 7 août. Outre les lésions cérébrales on a constaté que le kyste était adhérent à la face inférieure du foie, que c'était bien un kyste du rein, qui s'était ouvert dans l'uretère.

La Société de chirurgie se proroge jusqu'au premier mercredi d'octobre.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de la métrite interne,
par M. Alphonse Guérin.

Cette maladie est plus fréquente qu'on ne le pense généralement et quand le diagnosctic a été posé d'une façon précise, le traitement peut être établi sur ces données. M. A. Guérin, qui a déjà étudié, dans un ouvrage devenu classique, *Les ma-*

ladies des organes génitaux externes de la femme, — a complété ses études sur cette partie de la gynécologie et nous empruntons ce qui suit à l'ouvrage qu'il va publier :

« Pour le traitement, il est indispensable de reconnaître deux degrés d'acuité dans la métrite interne. Dans celui qui est caractérisé par une vive douleur, par une exsudation sanguine, qui en impose aux malades pour une crise de menstruation, il faut une médication énergique.

Quand le médecin ne conserve pas le moindre doute sur la signification] de l'écoulement muco-sanguinolent, il ne doit pas hésiter à prescrire une application de vingt à vingt-cinq sangsues sur l'hypogastre. S'il trouve, tout d'abord, quelque hésitation de la part des personnes qui entourent le malade, il faut compter qu'elles seront bientôt rassurées par le résultat. Souvent le lendemain, presque toujours le surlendemain, l'écoulement de sang utérin a disparu, et, dès le jour même la douleur a très-notablement diminué. Pour que ce résultat soit obtenu, il faut proportionner le nombre des sangsues à l'intensité de l'inflammation, en tenant compte des forces des malades ; mais ce qu'il faut assurer surtout, c'est la disparition de l'inflammation, de l'écoulement sanguinolent et de la douleur, qui sont une source plus active de débilitation qu'une émission sanguine qui se fait promptement.

On atteint le but plus vite et plus sûrement par une saignée locale que par la saignée du bras qui, depuis Lisfranc jusqu'à M. Nonat, a trouvé de nombreux partisans. Les petites saignées, que l'on pratique quand on a recours à la méthode de Lisfranc, étant répétées souvent, débilitent les malades sans combattre efficacement les violentes inflammations.

Dans un cas de métrite interne d'une grande acuité, si la malade refusait de se soumettre à une application de sangsues, il faudrait recourir à la saignée du bras, mais il serait alors indispensable de tirer 4 à 500 grammes de sang pour être sûr de ne plus avoir à recourir à ce moyen.

Les bains prolongés, aussi longtemps que les malades peuvent les supporter, sont un des moyens les plus efficaces de combattre l'inflammation. Ordinairement je prescris des bains d'une durée de quatre heures. Autant je compte sur leur efficacité, autant je suis convaincu que les bains de siége ont les plus grands inconvénients. Si l'eau du bain de siége est froide, elle ne tardera pas à causer à la malade un malaise inexprimable ; si elle est chaude, au lieu de calmer l'inflammation, elle l'augmentera en produisant sur le bassin un afflux sanguin, semblable à celui que le pédiluve produit sur les pieds.

Je ne prétends pas que le moyen soit nécessairement nuisible,

je soutiens seulement qu'il est très-incertain, et qu'il va souvent à l'encontre du but que l'on se propose.

Quand les malades prennent tous les jours des bains de quatre heures, les injections deviennent inutiles. Je sais que le vagin est fermé par l'adossement de ses parois antérieure et postérieure, mais quand une fois l'eau y est entrée, elle y rentre encore et en sort très-facilement. Souvent les femmes qui n'ont eu recours à aucun artifice pour faire arriver l'eau du bain jusqu'au col de l'utérus, sont fort étonnées d'en sentir sortir une grande quantité dans les mouvements qu'elles font pour s'habiller. Quoi qu'il en soit, si l'on craignait que l'eau n'entrât pas dans le vagin, il pourrait être utile d'y introduire une canule qui doit alors être laissée en place, pendant toute la durée du bain.

Dans la période de grande acuité de la métrite, je n'ai pas recours aux injections. je crains que faites avec trop de force, elles causent moins de bien que de préjudice aux malades. A cette période de la maladie, le moindre contact est pénible ; c'est, au contraire, un des moyens les plus utiles, quand l'inflammation s'est un peu calmée.

Je ne parle ici que des injections propres à laver et à rafraîchir les parties malades. A cette période, je repousse absolument les injections caustiques, qui sont d'une utilité incontestable dans les formes moins aiguës de métrite muqueuse.

J'emploie volontiers la glace sur l'hypogastre, lorsque les malades se plaignent de ressentir une vive chaleur de cette région. Mais ce n'est pas aussi facile qu'on se l'imagine, quand on n'y a pas eu recours. Une vessie pleine de glace est bientôt insupportable à une femme qui supporte difficilement la moindre pression sur le ventre. Voici comment je l'applique : l'eau restant à zéro tant qu'elle contient de la glace, j'en mets une certaine quantité dans une vessie, de manière que la glace surnageant ne touche pas la peau par ses aspérités. La vessie, étant suspendue à un cerceau, toucherait d'une manière insuffisante les parties sur lesquelles elle doit agir, ou bien elle pèserait de tout son poids. Pour obvier à cet inconvénient, je rapproche des rouleaux de linge vers l'hypogastre de la malade, et je fais porter la vessie, en grande partie, sur leurs bords, pendant qu'elle s'étale sur le ventre. Cette application est ordinairement supportée facilement : elle est alors d'une grande efficacité.

On a conseillé des applications de glace dans le vagin ; mais je doute que l'on puisse en attendre d'heureux effets. Quand la métrite est très-aiguë, le toucher vaginal est pénible. C'est bien autre chose quand il faut introduire dans le vagin un morceau de glace, pour peu que celui-ci soit un peu volumineux ; s'il est petit, l'opération doit être répétée sans cesse, sous peine de voir

augmenter l'inflammation sous l'influence de la réaction qui se produit après l'action momentanée du froid. Les malades trouvent que c'est une nouvelle gêne ajoutée à leurs souffrances.

Les vésicatoires, qui sont d'une si grande utilité dans le traitement de la pelvi-péritonite et du phlegmon des ligaments larges, sont ici d'une médiocre utilité. Ils ont le grand inconvénient d'agir sur la vessie, de l'enflammer, et nous savons que la cystite est une des complications les plus fréquentes de la métrite interne.

Je préfère les frictions faites sur la région hypogastrique avec la pommade mercurielle double, additionnée d'un quart d'extrait de belladone. Pour obtenir de ce moyen tout ce que l'on est en droit d'attendre, il faut que chaque friction ait une durée d'au moins dix minutes; elle doit être faite, chaque fois, avec 10 ou 15 grammes de pommade, et renouvelée matin et soir,

On recouvre ensuite tout le ventre d'un large cataplasme de farine de lin.

Aux moyens locaux, on doit ajouter les purgatifs, qui sont utiles toutes les fois que la métrite se complique de constipation. Dans le cas de diarrhée (nous savons qu'on observe tantôt la diarrhée, tantôt la constipation), on prescrit des lavements d'eau de guimauve additionnée de quelques gouttes de laudanum.

Il faut, à tout prix, calmer les douleurs ; dans ce but, on administre l'opium à haute dose. Dans le cas de constipation opiniâtre, le chloral est préférable; il est hypnotique comme l'opium, il calme les douleurs, et il n'a pas d'action sur l'intestin. Dans le cas de complication d'une entérite donnant lieu à de la diarrhée, l'opium doit être préféré.

C'est à ce traitement énergique qu'il faut avoir recours pour la forme très-aiguë de la métrite interne. En ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une terminaison de l'inflammation par le passage de l'état aigu à l'état chronique, — forme interminable de la métrite, — on n'hésitera pas.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus ne débute pas d'une manière aussi violente, on peut espérer la guérison par un traitement plus doux.

La plupart des auteurs disent même que les femmes affectées d'une métrite aiguë,peu intense, peuvent guérir par de simples précautions hygiéniques, telles que le repos au lit ou sur une chaise longue, des bains tièdes, des lavements émollients, une alimentation peu excitante, etc. Pour que cela soit, il faut que l'inflammation soit bien légère et bien récente! Si les médecins qui ont avancé que la métrite peut guérir ainsi, avaient revu leurs

malades quelques mois après leur sortie de l'hôpital, il est probable qu'ils n'auraient pas continué à accorder autant de confiance à une médication aussi insuffisante.

Je crois bien que le repos au lit, que des bains tièdes et des lavements peuvent calmer une métrite peu intense, mais ce sont des moyens insuffisants pour la guérir définitivement et pour l'empêcher de passer à l'état chronique.

Quand la matrice a été le siége d'une inflammation, elle est, chaque mois, et pendant un temps fort long, exposée à une récidive ; il faut donc surveiller la guérison longtemps encore après que la malade se vante d'être complètement guérie.

Ces craintes sont bien plus fondées encore, lorsque l'inflammation n'ayant pas été vive, les moyens employés pour la combattre n'ont agi que lentement. Je ne crains pas de soutenir que la maladie a d'autant plus de chances de passer à l'état chronique que les signes qui l'ont caractérisée ont été plus bénins. Cette proposition qui paraît tout d'abord n'être qu'un paradoxe, n'est pourtant que l'expression d'une idée vraie. C'est qu'une malade qui ne ressent pas de vives douleurs, qui n'a pas de pertes abondantes de sang ou de muco-pus, continue à vaquer à ses occupations et à ses plaisirs. Si elle consulte son médecin, elle n'exécute que les prescriptions qui ne lui causent pas une trop grande contrainte. Le médecin lui-même est, dans le cas de métrite légère, très-enclin à temporiser. Les petits moyens sont conseillés, et, peu à peu, l'inflammation passe à l'état chronique, dont nous aurons bientôt à nous occuper, et qui, si souvent, fait le désespoir des malades et des médecins.

(La fin au prochain numéro.)

Phlegmon de la main.

Dernièrement dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. S. Duplay avait un malade âgé de 57 ans, ouvrier brossier, affecté d'un phlegmon de la main, et présentant les quatre symptômes classiques : gonflement, douleur, rougeur et chaleur.

Après quelques considérations sur le siége anatomique de la maladie, sur les opinions des chirurgiens qui admettent que la rétraction des doigts est occasionnée par la lymphangite ou par la synovite tendineuse, M. S. Duplay appela l'attention de ses élèves sur quelques points de la symptomatologie et sur la formation du pus. C'est alors que le chirurgien doit surveiller l'avant-bras avec la plus grande attention, et M. Duplay y insiste beaucoup, car, dit-il, c'est en ce point que la fluctuation, très-

évidente au pouce et au petit doigt, est le plus difficile à percevoir, à cause de la grande profondeur à laquelle se trouve la collection purulente. Il faut avoir soin de toujours la rechercher suivant l'axe longitudinal du membre. Si, en effet, on la cherche en plaçant les doigts aux extrémités du diamètre transversal, les couches musculaires, en se déplaçant les unes sur les autres, peuvent très-bien donner lieu à une fausse sensation. M. Duplay insiste à dessein sur ce point, car, suivant qu'il y a du pus ou qu'il n'y en a pas, suivant qu'il est encore contenu dans les gaînes ou qu'il s'est répandu parmi les couches musculaires du membre, on doit intervenir d'une façon différente.

Deux conditions diverses peuvent se présenter : où il se forme du pus, ou la maladie s'arrête à sa première période.

« Dans le premier cas, dit M. S. Duplay, la situation est grave. Sous l'action d'un contact prolongé avec le pus qu'elles contiennent, les synoviales peuvent, en effet, céder. Le pus se répandra au milieu des muscles si nombreux de la région. La fluctuation deviendra manifeste, le malade présentera des phénomènes généraux. On aura affaire à un phlegmon total qui pourra envahir le membre tout entier, entraîner des arthrites purulentes du poignet, amener à sa suite tout le cortége des symptômes qui caractérisent la pyohémie. On pourra alors être conduit à pratiquer l'amputation du bras.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il ne se forme pas de pus, le malade conserve un peu de gêne dans les mouvements des doigts à cause de l'exsudat plastique dont nous avons parlé. Parfois, il reste enfermé. C'est qu'alors il y a eu destruction des tendons. La maladie est alors absolument incurable. »

Quant au traitement, il variera naturellement selon la forme et la période de la maladie.

D'abord c'est l'élévation du membre, l'immobilité, les sangsues, les cataplasmes, les bains émollients, les frictions mercuriales, les vésicatoires. Pour notre part, nous avons abandonné depuis longtemps dans notre pratique les frictions mercurielles, que préconisait beaucoup Velpeau, ainsi que les vésicatoires.

Mais si ce traitement est insuffisant, et si la suppuration s'établit, il faut intervenir promptement et hardiment. Et c'est à l'incision qu'il faut avoir recours.

Voici les conseils que donne M. S. Duplay sur le mode de la pratiquer et que nous empruntons au Progrès médical :

L'incision sera faite à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du poignet. Elle sera dirigée suivant l'axe longitudinal du membre et l'on rencontrera successivement : la peau ; l'aponévrose ; les couches musculaires.

Le pus est situé à une grande profondeur, au niveau du carré

pronateur. On devra, pour arriver jusqu'à l'espace interosseux, se servir de la sonde cannelée et passer, autant que faire se pourra, dans les interstices musculaires. On obtient de la sorte une incision longue et profonde qui répondra à l'indication thérapeutique, il est vrai, mais qui ne sera pas satisfaisante à tous les points de vue. En effet, à cause de la profondeur de l'incision, à cause du facile rapprochement de ses lèvres exclusivement musculaires, le pus s'écoulera mal. La plaie tendra toujours à se fermer, et le pus ne sortira que d'une façon intermittente; il faudra avoir soin de désunir les lèvres de la plaie plusieurs fois par jour. Un chirurgien italien, M. Parona, propose, pour obvier à ces inconvénients manifestes, de procéder de la manière suivante :

L'incision sera faite au côté interne de l'avant-bras, toujours, bien entendu, dans le sens longitudinal; laissant l'artère cubitale au-dessus, on suivra presque la face antérieure du cubitus. On arrivera ainsi rapidement dans le foyer en passant entre le fléchisseur profond et le carré pronateur.

En suivant ce procédé, on arrive plus rapidement au but. Les lèvres de la plaie ne tendent pas à se fermer comme dans l'incision antérieure. Enfin, le pus s'écoule plus facilement, vu la position habituelle de l'avant-bras sur le bord cubital. Tels sont les avantages que signale M Parona ; sans connaître exactement la valeur de ce procédé opératoire, M. Duplay pense qu'il mérite d'être étudié, et il se propose de l'appliquer dès que l'occasion se présentera.

Du moyen de calmer la douleur dans le cancer de l'utérus.

Depuis que la méthode des injections hypodermiques s'est généralisée dans la pratique, on semble avoir complètement délaissé tous les autres moyens appelés à donner quelque soulagement aux malades. Mais comme ce procédé n'est pas toujours applicable, il ne faut pas perdre de vue les autres moyens curatifs. C'est ainsi que le Dr Lawrence, de Bristol, recommande les moyens suivants :

Dans les cas de cancer de l'utérus et dans l'épithélioma de la même région, on obtient un soulagement marqué per l'emploi de l'ergot de seigle, à la dose de 1 gr. 35 c. toutes les six heures. C'est ainsi qu'on calmera ces battements intenses qui d'ordinaire ne cèdent qu'à ces hémorrhagies qui épuisent les malades. L'ergot paraît agir en diminuant l'afflux du sang dans l'utérus.

Un autre remède d'une grande valeur est le coton à l'hydrate de

chloral. Il n'agit pas sur le siége même du mal, mais il fait disparaître les douleurs qui s'irradient dans les hanches, les cuisses et les aines. Comme topique local, le Dr Lawrence emploie l'acide phénique, qu'il applique au moyen d'un petit spéculum et d'un tampon de ouate, et des injections de 2 grammes de glycérine phéniquée dans 250 grammes d'eau, matin et soir.

Atonie de la vessie. — Ergotine.

Nous sommes bien sceptiques pour toutes les importations citra-rhénanes et nous hésiterions à publier le moyen thérapeutique suivant, si nous ne l'avions employé nous-même assez souvent dans les paralysies de la vessie. Nous sommes dans l'usage de prescrire à nos malades la potion suivante :

Potion gommeuse.......... 125 gr.
Ergotine.................. 4

Une cuillerée à prendre toutes les deux heures. Nous y joignons les frictions sur le pubis avec le baume Fioraventi.

Langenbeck *prétend* avoir guéri trois malades affectés de cette atonie, même occasionnée par une hypertrophie de la prostate. Dans ces cas, les malades urinent volontairement, mais en petite quantité à la fois ; ils ne vident jamais entièrement la vessie, ce qui entraîne à la longue une décomposition ammoniacale des urines et un catarrhe de la muqueuse vésicale. Dans ces trois cas Langenbeck a employé les injections hypodermiques d'ergotine avec des résultats remarquables. Il a vu la contractilité de la vessie s'accroître rapidement et permettre aux malades d'évacuer une quantité d'urine de plus en plus considérable. L'un de ces cas est celui d'un homme de 62 ans qui urinait trois à quatre fois par jour, et ne rendait à chaque miction qu'une trentaine de grammes d'urine, tandis que l'introduction du cathéter en évacuait plus d'un demi-litre. Le premier jour on fit une injection sous-cutanée de 12 centigrammes d'ergotine de Bonjean en solution. Le même jour le malade put uriner plus facilement, et quelque temps après, l'hypertrophie de la prostate, qui existait en même temps, avait notablement diminué. Après quatre injections (!!!!) l'atonie vésicale était vaincue.

DIVERS

Un pharmacien a-t-il le droit de substituer dans ses préparations un médicament à un autre? — Récemment les journaux poli-

tiques de Paris et des départements ont publié une note informant qu'un pharmacien de Lille avait été condamné, le 30 juin dernier, par le Tribunal correctionnel de cette ville, à 50 francs d'amende et à l'insertion du jugement dans trois journaux, comme coupable de tromperie sur la nature de la marchandise vendue. D'après cette note, la Commission d'inspection des pharmacies était passée au moment où ce pharmacien venait d'exécuter une ordonnance prescrivant du lait de phosphate de chaux et d'écorce d'oranges amères, et les inspecteurs avaient acquis la preuve que la préparation exécutée était un mélange d'huile de foie de morue, de quinquina et de sirop anti-scorbutique.

Cette note reproduite par quelques journaux professionnels n'était pas tout à fait exacte. Voici exactement comment la chose s'est passée.

Un médicament venait d'être préparé par le pharmacien en question et se trouvait sur son comptoir accompagné de l'ordonnance. Les inspecteurs examinèrent cette ordonnance qui prescrivait un mélange de sirop de Vannier, de sirop d'écorces d'oranges amères et de lactophosphate de chaux. (Le sirop de Vannier est lui-même un mélange d'huile de foie de raie, de sirop simple, de sirop de quinquina, d'iodure de potassium, d'extrait de noyer, de miel et d'essence d'anis). Ils demandèrent ensuite au pharmacien de leur représenter chacun des médicaments entrant dans cette préparation. Le pharmacien ne put représenter ni l'huile de foie de raie, ni l'extrait de noyer, ni le sirop d'écorces d'oranges amères, ni le lactophosphate de chaux qu'il ne possédait pas dans son officine. Il avait remplacé l'huile de foie de raie par de l'huile de foie de morue.

Ce petit épisode médico-pharmaceutique que nous empruntons au répertoire de pharmacie n'a pas besoin de commentaire.

Tout pharmacien honnête et consciencieux réprouvera avec nous ce système de substitutions qui se pratique trop fréquemment dans certaines pharmacies et qui, dans certains cas, peut porter un préjudice à la santé des malades.

Déclaration de naissance. — Beaucoup de praticiens oublient ou ignorent les lois qui régissent la médecine et nous sommes souvent consultés par nos confrères sur quelques points litigieux. La question suivante est une de celles qui se présentent très-fréquemment :

La déclaration à l'officier de l'Etat civil de la naissance d'un enfant mort-né est-elle toujours obligatoire ?

La déclaration de naissance et la présentation à l'officier de l'état-civil, du cadavre de l'enfant ne sont nécessaires que lorsque l'enfant était viable, c'est-à-dire lorsque, conformément à

l'article 312 du code civil, la naissance est arrivée après un minimum de six mois de gestation.

Voici, du reste, un arrêt rendu par la Cour de cassation le 7 août 1874, qui répond complètement à la question :

« Attendu que l'article 375 du code pénal, qui punit de six jours à deux mois de prison la suppression de l'enfant lors même qu'il est établi qu'il n'a pas vécu, doit être combiné avec l'article 312 du code civil, aux termes duquel l'enfant n'est réputé viable qu'après un minimum de cent quatre-vingt jours ou six mois de gestation, etc.

Médecine légale. — A la *Société de Médecine légale*, M. Charpentier a lu un mémoire sur l'*avortement criminel;* en voici le résumé :

Dans le premier mois de la grossesse l'avortement se fait fatalement toujours en bloc et passe presque toujours inaperçu : l'œuf pourtant, dans certains cas, peut encore se rompre secondairement et spontanément lors du passage à travers le col.

Du deuxième au troisième mois, l'avortement peut encore se faire en bloc, mais ce n'est plus la règle. Tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de cet œuf, et surtout de l'état de vie ou de mort du fœtus. Si le fœtus est mort, l'expulsion en bloc est la règle ; si le fœtus est vivant, la rupture a lieu le plus souvent.

L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle, car le fœtus peut avoir subi la dissolution, si l'œuf mort a séjourné longtemps dans la cavité utérine.

A partir du troisième mois, la rupture est la règle, et l'avortement se fait en deux temps : Expulsion du fœtus ; expulsion du placenta dans les premières 24 heures après l'expulsion du fœtus, ou plus tard, avec ou sans conséquence grave pour la mère.

A partir du quatrième mois, l'avortement est un accouchement en petit. Ce n'est donc que tout à fait exceptionnellement que l'œuf est expulsé en bloc.

Jusqu'à trois mois le cordon est beaucoup trop faible pour résister aux tractions qui seraient exercées sur lui pour extraire le placenta. Il ne peut donc, à plus forte raison, se retourner et ce retournement lui-même du placenta quoique étant la règle à terme, ne présente rien d'absolu.

La rupture des membranes ne saurait être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué, et, fût-elle même accompagnée du retournement des membranes, elle ne peut constituer un signe suffisant pour en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même dans les premiers mois.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Les restes de Montyon. — Les restes mortels de Montyon, le grand philanthrope, qui reposaient sous sa statue, placée dans le péristyle de l'ancien Hôtel-Dieu, viennent d'être transportés à l'église Saint-Julien-le-Pauvre, en attendant que le monument qu'on lui élèvera au nouvel Hôtel-Dieu soit achevé.

Montyon mourut en 1820, il fut enterré au cimetière Montparnasse; mais en 1823, on lui éleva un monument à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme de bien est né en 1733. Son père lui avait laissé une fortune considérable, dont il fit le plus noble usage.

Esprit distingué, écrivain éloquent, Montyon fut couronné par l'Académie française pour son *Eloge de Michel de l'Hospital*. Vivant à la fin du XVIIIe siècle, Montyon était entraîné vers les idées nouvelles, il avait protesté avec chaleur contre l'inique condamnation de La Chalotais ; au commencement de la Révolution, il quitta la France, mais il ne prit aucune part aux intrigues et aux conspirations royalistes. Montyon trouvait insupportable pour un homme libre le régime impérial, et il ne rentra en France qu'après la chute de l'empire.

Pendant sa vie, Montyon avait établi bien des fondations louables. Un prix annuel pour l'ouvrage le plus utile à la société un autre pour un acte de vertu fait par un français pauvre. Par son testament, il laissa la plus grande partie de son immense fortune aux hospices de Paris.

En 1837, les cendres de Montyon avaient été déposées à l'Hôtel-Dieu de Paris : Montyon avait été un des principaux bienfaiteurs de cet hôpital. La démolition prochaine des bâtiments du parvis Notre-Dame rendait nécessaire la translation du corps en un autre endroit. Un plan incliné a été disposé aux pieds de la statue qui ornait le vestibule de l'hôpital. Cette statue fut lentement descendue jusque sur un chariot qui la transporta à Saint-Julien-le-Pauvre où elle a été provisoirement déposée. Le lendemain, le piedestal fut enlevé et on se mit à la recherche du corps. La destruction du procès-verbal d'inhumation par l'incendie de 1871, obligea à quelques tâtonnements. Enfin au-dessous du dallage en marbre du vestibule on rencontra une couche de ciment, puis une pierre recouverte d'une inscription difficile à lire, et finalement un sarcophage où se trouvait une bière en chêne très-bien conservée. Cette bière contenant un cercueil de plomb a été portée à bras jusqu'à Saint-Julien-le-Pauvre.

La *Compagnie des eaux de la Bourboule* nous prie d'insérer la note suivante :

En présence de certains bruits erronnés, la *Compagnie fermière des eaux minérales de la Bourboule* a le devoir d'informer le public que, depuis leur ouverture, ses deux établissements n'ont pas cessé de fonctionner régulièrement, et que les malades sont assurés désormais de pouvoir y suivre leur traitement d'une manière confortable et plus efficace que jamais ; de récents captages ayant augmenté le débit, la température et la minéralisation des SOURCES ARSENICALES de la Compagnie.

Le directeur de la compagnie, A. DELAMARRE.

Legs Moiana. — Un nouvel hôpital va s'élever à Paris, grâce à un legs de la somme de un million fait par M. Moiana à la ville de Paris. Le Conseil municipal, consulté à ce sujet, a émis un avis favorable.

Adjuvat. — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Segond et Kirmisson.

Faculté de Médecine de Nancy. — Compte rendu de la situation et des travaux de la Faculté pendant l'année 1875-1876.

Il résulte du Compte rendu de M. Stoltz, doyen, que le nombre des étudiants tant civils que militaires, s'est élevé à 225. De ce nombre il faut défalquer 51 élèves en cours d'examen, c'est-à-dire ne prenant plus d'inscriptions et 49 bénévoles, c'est-à-dire n'en prenant pas encore. — Restent seulement 159 élèves prenant des inscriptions.

— Le total des inscriptions prises dans l'année s'élève à 726. — 595 pour le grade de docteur et 131 pour celui d'officier de santé.

— 18 thèses ont été soutenues pendant l'année.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon. — Concours pour deux places de prosecteurs. — Les épreuves consisteront en :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Quatre heures seront accordées aux candidats pour la rédaction de leur composition. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique.

2° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. Quatre heures seront accordées pour cette préparation.

3° Une épreuve orale d'anatomie, d'une demi-heure de durée après dix minutes de réflexion.

4° Une épreuve orale de physiologie, d'une demi-heure de durée après dix minutes de réflexion.

5° La pratique de deux opérations.

Le concours commencera le 15 octobre 1877.

Sont admis à concourir : les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions.

La durée des fonctions est de quatre années.

Le traitement qui y est attaché est de quinze cents francs par an.

Pour le concours 1877, le premier des candidats nommés le sera pour une durée de quatre années, et le second pour une durée de deux années seulement.

Mortalité des enfants à Berlin. — Il résulte des statistiques de l'Office de Santé que, à Berlin, la mortalité parmi les enfants est effrayante. Ainsi, dans la dernière semaine de juin, il est mort dans la capitale de l'Allemagne plus de 700 enfants de la cholérine et de la dyssenterie. Ce chiffre n'avait été atteint dans aucune année antérieure. La Société hygiénique de Berlin a nommé une Commission chargée de rechercher les causes de ce phénomène, et de porter surtout son attention sur les conditions de l'alimentation. Les Prussiens sont si féconds !...

Mortalité à Paris. — Dans la semaine qui finit en août, sur une population de 1,986,748 habitants, la mortalité a été de 907 décès, soit 70 en plus de la semaine dernière. La mortalité a porté sur l'angine couenneuse qui de 12 est montée à 32, sur la pneumonie qui de 38 est montée à 45 et sur les affections chroniques.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES

Etudes sur l'ovariotomie et l'hystérotomie; relation d'un cas d'hystérotomie opéré avec succès à l'hôpital de la Conception de Santiago, par le docteur Wenceslao Hidalgo; in-8°, 108 p., 1877.

Signalons à nos lecteurs ce remarquable travail d'un médecin étranger qui a reporté dans son pays la science qu'il a puisée dans le nôtre et sa reconnaissance envers notre nation.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 34. 23 Août 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 16 *août* 1877.

Académie de médecine (14 août). — M. Edouard Fournié fait une deuxième communication sur la *fonction-langage*. Après avoir, dans une séance précédente, soumis à un examen critique la doctrine de la localisation de la parole dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche, M. Fournié admet dans son mémoire : 1° Que la sensibilité se développe dans la région des couches optiques; 2° que dans la couche corticale du cerveau se trouvent les conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises; 3° que les phénomènes excito-moteurs se produisent dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés. Avec ces données, M. Fournié démontre qu'il faut chercher les conditions anatomiques de la parole, non dans un organe isolé, mais dans la *région optique* pour le phénomène sensible, dans la *couche corticale* pour le phénomène de mémoire et d'association, et dans la *région qui unit la couche corticale aux corps striés* pour le phénomène excito-moteur. Décomposant ainsi la parole, M. Fournié reconnaît une aphasie par lésion de l'organe de la sensibilité une aphasie par lésion des conditions matérielles de la mémoire, et enfin une aphasie par lésion des conditions du phénomène excito-moteur.

M. Jules Guérin prend ensuite la parole et résume ainsi les propositions résumant ses doctrines sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

1° La matière diarrhéique spéciale des typhiques ren-

ferme, à sa sortie de l'économie, un principe toxique résultant de la fermentation des matières stercorales retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cæcale.

2° Les lésions organiques, considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, sont les effets de l'action virulente des matières typhiques et les troubles fonctionnels sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme, et des altérations organiques qu'elles y déterminent.

3° Les complications (méningite, pneumonie, pleurésie, etc.) ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique; comme celles de ces maladies *qui*, débutant d'emblée avec des symptômes typhiques, ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale.

4° Le poison typhique, engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie : d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyer d'infection susceptible de la reproduire sous la forme endémique et épidémique.

Après quelques protestations de M. Depaul, M. J. Guérin dit qu'il continuera sa lecture dans la prochaine séance.

Société médicale des hôpitaux (10 août). — M. Féréol présente à la Société une brochure sur le rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats. Ces faits ne sont pas fréquents et M. Féréol n'en a rencontré que trois cas depuis une dizaine d'années.

Voici en quoi consiste ce rhumatisme. Il existe un gonflement diffus, une hyperostose évidente sur quelques points osseux; en outre, il y a des douleurs articulaires subaiguës. Douleur rhumatisme coïncidant avec des points, osseux tuméfiés et douloureux, voilà les signes diagnostiques caractéristiques. D'où M. Féréol établit que la diathèse rhumatismale peut porter son action sur le système osseux, l'altérer dans le sens de l'ostéite aiguë ou chronique et laisser les lésions articulaires sur le second plan. Mais il est un point assez embarrassant, c'est de distinguer si ces hyperostoses sont rhumatismales ou syphilitiques. On peut facilement s'y méprendre. Il faut un examen attentif et sévère sur les antécédents personnels et héréditaires.

M. Lereboullet a présenté un soldat âgé de vingt-deux ans qui, bien constitué, fut pris d'oreillons, il y a quatre mois. Quatre jours après le début des oreillons, il y eut une orchite double sous l'influence de laquelle les deux testicules prirent le volume du poing et au bout de vingt jours s'atrophièrent, au point de n'avoir aujourd'hui que le volume d'un noyau d'amande. Avec l'atrophie des testicules coïncida la chute des poils du pubis, du menton, en un mot le malade perdit tous les signes et les attributs de la virilité.

A ce propos, M. Rendu rappela avoir vu un malade chez qui l'atrophie testiculaire gauche coïncida avec le développement du mamelon de ce côté.

Ici s'engage une question militaire ; il s'agit de savoir si ce soldat doit être ou non réformé. Les avis des médecins militaires compétents sont partagés.

La séance est close par la présentation des fragments de tænia rendu par un malade qui a séjourné plusieurs années au Sénégal. Le traitement a consisté en écorce de racine de grenadier : il fallut y revenir plusieurs fois. Mais ce qui frappa M. Vallin, qui soignait ce malade, c'est que le ver, au point de vue de la coloration, présentait deux parties bien distinctes : l'une blanche, l'autre brune, et qu'on voyait très-nettement ces deux couleurs sur le même anneau. M. Vallin se demande si ce tænia est une variété du tænia ardoisé, ou s'il faut attribuer à l'écorce de grenadier la différence de coloration, ou bien enfin si c'est une variété du tænia *fenestrata*. M. Laboulbène, fort compétent en cette matière, tout en admettant que la coloration peut être due au médicament, se demande aussi si ce ver ne proviendrait pas d'un cysticerque particulier au Sénégal.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de la métrite interne,

par M. Alphonse Guérin (suite).

Je suis donc très-disposé à tenter une médication active toutes les fois que j'ai reconnu une métrite interne d'une certaine acuité.

C'est pour ces cas que doivent être réservées les applications de sangsues sur le col de l'utérus.

Quelques-uns d'entre vous ont pu s'étonner que je n'en aie pas parlé à l'occasion du traitement de la période la plus aiguë de la métrite. Voici pourquoi : je vous ai déjà dit que je considère comme très-nuisible l'emploi du speculum dans cette phase de la maladie. Or, il faut y avoir recours pour appliquer des sangsues sur le col. Je n'exagère rien, quand je rejette l'emploi du spéculum comme dangereux dans les cas graves. Lisez les auteurs qui s'en servent ; vous trouverez des phrases comme celle-ci : « L'introduction du spéculum est douloureuse, *elle arrache des cris à la malade.* »

Dans ces cas-là, c'est sur l'hypogastre qu'il faut mettre les sangsues.

Quand la métrite s'accompagne de métrorrhagie, il serait d'ailleurs à peu près impossible d'appliquer des sangsues sur le col. Si l'on y parvenait, on s'exposerait à provoquer une hémorrhagie inquiétante ; mises sur l'hypogastre, au contraire, elles arrêtent la métrorrhagie en même temps qu'elles éteignent l'inflammation,

Quand, par le toucher vaginal, vous avez reconnu que le spéculum peut être employé, il y a un grand avantage à mettre les sangsues sur le col de l'utérus. Il en faut appliquer un moins grand nombre qu'à l'épigastre, parce que l'émission du sang, se faisant directement sur la partie malade, a une bien plus grande efficacité que si on la pratique sur la peau de la région hypogastrique, dont les relations vasculaires avec l'utérus sont assez éloignées. Il y a donc grand profit pour les malades, qui ont presque toutes une grande disposition à l'anémie, à ce qu'on les débarrasse ainsi, avec promptitude, de leurs souffrances et de leurs pertes sanguinolentes ou muqueuses.

Comme je regarde les applications de sangsues sur le col, quand on peut les faire sans que l'introduction du spéculum soit douloureuse, comme le traitement le plus efficace de la métrite interne, je veux dire les précautions qu'il faut prendre pour cette petite opération.

Avant d'introduire le spéculum, vous devez pratiquer le toucher doucement, et reconnaître la direction de la matrice et de son col. S'il y a de l'antéversion, vous savez que le spéculum doit être introduit d'avant en arrière et du pubis vers la partie inférieure du rectum. De cette manière, vous ne vous exposez pas à heurter l'utérus et vous pouvez facilement, en abaissant le manche du spéculum, introduire le col dans l'extrémité interne de l'instrument ; voilà la manœuvre pour le spéculum cylindrique. On prendra les mêmes précautions pour le spécu-

lum à valves, car si l'on ne savait pas où est le museau de tanche, on s'exposerait, pour le trouver, à écarter les valves démesurément, à causer une vive douleur à la malade. Il faut bien se garder à croire, comme certains praticiens, qu'il suffit d'introduire le spéculum dans le vagin et de l'ouvrir pour emboîter facilement le museau de tanche. C'est une opération facile, sans doute, mais qui n'est bien faite que lorsqu'on a, pour le toucher préalable, reconnu la situation du col et de la direction de l'utérus. Quand on doit le pratiquer, il faut commencer par supposer une déviation, pour ne pas avoir à regretter d'avoir été imprudent.

Une fois le spéculum introduit, le chirurgien le soutient doucement de la main gauche sans exercer la moindre pression sur la fond des culs-de-sac qui environnent le col; puis, prenant de la main gauche six ou huit sangsues qu'on lui présente dans un linge, il les pousse dans le spéculum et le linge par dessus, à l'aide d'un bâtonnet ou d'une longue pince. Il les pousse jusque sur le col, où il les retient à l'aide du linge qu'il presse sur elles de manière à ne leur laisser que l'espace qui leur est nécessaire.

Il faut alors qu'une main exercée soutienne le spéculum et le presse doucement pour que les sangsues ne puissent pas se glisser entre son bord et le fond du cul-de-sac du vagin, Une certaine pression est nécessaire pour cela, mais elle doit être assez douce pour ne pas être douloureuse. Aussi suis-je d'avis que cette petite opération ne peut être confiée qu'à un aide très-expérimenté, si le chirurgien ne peut pas lui-même la pratiquer.

Les sangsues doivent prendre vite, sous peine de ne pas prendre, car dès que le spéculum contient un peu de sang, elles le sucent et ne piquent plus. Pour les exciter à piquer, il faut essuyer le col avec un pinceau de charpie et enlever le mucus qui le recouvre, et quand les sangsues sont dans le spéculum, il est indispensables que le linge, qui les empêche de sortir, soit poussé sur elles, assez loin pour qu'elles ne puissent se mouvoir que dans un espace fort restreint.

Au bout de dix minutes, le plus souvent, le sang s'est écoulé. Dès ce moment, il faut renoncer à l'espoir d'utiliser les sangsues qui n'ont pas piqué.

Comme le spéculum, distendant les parties que ses parois repoussent, cause une grande gêne à la malade, on doit alors cesser de le presser; il sort en partie, et sa portion la plus étroite, restant seule dans le vagin, suffit pour que l'on surveille les sangsues. En opérant ainsi on procure un grand soulage-

ment à la femme, qui attend avec impatience la fin de cette opération.

A la suite de l'application des sangsues sur le col de l'utérus, j'ai observé un accident qui n'a été signalé par personne, et qui a pourtant une réelle importance. J'avais déjà remarqué plusieurs fois que les sangsues semblaient avoir déplacé la douleur. Les malades qui se plaignaient de souffrir dans les reins et dans le bassin, avant l'application des sangsues, disaient après, qu'elles souffraient dans le ventre, au-dessus de la matrice entre le pubis et l'ombilic. Ayant recherché quelle pouvait être la cause de ce changement, je reconnus que des ganglions lymphatiques s'étaient enflammés au niveau des vaisseaux iliaques. Je les sentais distinctement, et quand je les pressais avec la main, j'augmentais la douleur.

Depuis cette époque, je me suis assuré que cet accident n'est pas rare. Je crois qu'il se produit quand les sangsues piquent autour du col sur la membrane muqueuse du vagin.

Dans les cas où j'ai observé l'inflammation des ganglions iliaques, j'ai toujours trouvé sur la paroi vaginale des piqûres enflammées faisant une saillie que l'on trouve par le toucher.

Je n'ai jamais rien observé de semblable, depuis que je m'efforce d'empêcher les sangsues de prendre ailleurs que sur le col de l'utérus. Des cataplasmes appliqués sur le ventre, dissipent, d'ailleurs, bientôt les douleurs qui pourraient faire craindre de ne pas avoir atteint le but que l'on s'était proposé ; en général au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'amélioration est très-nette. Cet accident toujours éphémère, ne doit pas empêcher de recourir à un moyen efficace, puisqu'il ne se produit que dans les cas où l'application des sangsues n'a pas été faite avec assez de soin.

Lisfranc faisait bien un autre reproche aux sangsues; il les accusait d'avoir été le point de départ d'ulcérations cancéreuses du col; il pensait que les piqûres causaient de petits ulcères, qui se transformaient en cancer. Maintenant que nous savons que cette transformation n'est pas possible, nous sommes portés à penser que si les ulcères cancéreux se sont produits sur le col de l'utérus après une application de sangsues, c'est qu'il y avait eu erreur de diagnostic : on avait pris un cancer pour une métrite. C'est la seule explication que nos connaissances en anatomie pathologique nous permettent d'admettre.

Nous ne pouvons donc être de l'avis de Lisfranc à ce sujet; mais nous admettons avec lui qu'il faut bien se garder d'appliquer les sangsues à la vulve, où elles auraient l'inconvénient de congestionner les vaisseaux du bassin, et de donner souvent lieu à des adénites inguinales.

J'ai rejeté, pour la métrite de la forme la plus aiguë, les injections vaginales, dans la crainte que la violence du jet, ou le contact de la canule ne devînt une cause de douleur, et partant, une cause d'aggravation de l'inflammation. Dans le second degré de la métrite aiguë, il n'en est plus de même; et les irrigations contenues, ou faites fréquemment dans le vagin, agissent utilement en débarrassant les parties génitales des produits plus ou moins irritants des sécrétions utérine et vaginale. L'eau tiède convient mieux que l'eau froide pour ces irrigations; elles sont particulièrement utiles quand la métrite coexiste avec une vaginite.

Quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'utérus est due à la propagation de la blennorrhagie, dès que le spéculum peut être introduit sans causer une douleur vive, il y a avantage réel à pratiquer une injection astringente ou légèrement caustique dans la cavité utérine. J'ai rejeté ce moyen pour la métrite simple. Je le crois, au contraire, d'une grande utilité pour le traitement de la métrite blennorrhagique.

Dans ce cas c'est à une solution faible de nitrate d'argent que je donne la préférence; je me contente ordinairement d'une solution de 5 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 30 grammes d'eau distillée.

Pour pratiquer l'injection, j'introduis le bout d'une petite sonde ajustée à la canule de la seringue, dans la cavité du col, et m'étant assuré que l'instrument n'est pas pressé par les parois, je pousse sur le piston, de manière à produire un seul jet, et je retire aussitôt la seringue et la sonde, dès qu'il rencontre la moindre résistance de la part des parois de l'utérus.

Quand la métrite paraît guérie, il faut encore que les femmes qui ont été atteintes se résignent, durant plusieurs mois, à être allongées dans leur lit pendant toute la durée de leurs règles. Ce n'est qu'à ce prix qu'une guérison est durable et assurée. »

Traitement de la blennorrhagie, par le Baume de Gurjun, par le Dr Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il existe dans les Indes un arbre de la famille des Diptérocarpées, qui fournit une résine appelée *Gurjun Balsam* ou *Wood il* qui a été employée avec quelque succès dans la lèpre.

Des médecins anglais dans les Indes avaient signalé aussi depuis quelque temps les bons effets de ce médicament dans la blennorrhagie. M. Vidal l'a essayé dans son service à Saint-Louis sur 14 individus affectés de blennorrhagie et est arrivé aux résultats suivants :

Après 48 heures, soulagement très-marqué, cessation de la douleur après la miction, augmentation de la sécrétion urinaire, diminution de l'écoulement. Du sixième au huitième jour, cessation de la blennorrhagie dans quelques cas, diminution notable chez les autres et guérison du dixième au vingtième jour.

Ces succès avaient été obtenus dans des cas d'écoulements anciens, de blennorrhées, de blennorrhagies à la période de maturation alors que, après la période aiguë, il n'y avait plus qu'une faible douleur pendant la miction et peu ou pas de tuméfaction du méat, c'est-à-dire à la période ou les balsamiques sont indiqués.

M. Luc Deval a soutenu récemment sa thèse doctorale sur ce sujet.

M. Vidal prescrit ainsi le Baume de Gurjun :

Baume de Gurjun...........	4	grammes.
Gomme....................	4	—
Sirop simple ou de Cachou.	12	—
Infusion de badiane.......	40	—

Fs. a. émulsion, à prendre en deux fois, moitié avant le déjeûner, l'autre moitié avant la dîner, au moment du repas.

Le vin n'est pas contre-indiqué et M. Vidal prescrit à ses malades, après l'ingestion du médicament, un verre à liqueur de vin de Malaga ou de Bagnols ou un quart de verre de vin rouge.

Ce baume est mieux toléré que le baume de Copahu, il ne donne lieu à aucune éruption, son goût n'est pas désagréable, et il ne donne aucune odeur révélatrice à l'haleine ni aux urines.

M. Vidal l'a administré également dans les vaginites. Après une injection d'eau tiède, on applique, à l'aide du spéculum, un tampon de charpie ou d'ouate trempé dans le liniment ; un second tampon d'ouate sèche maintient le premier.

Au premier pansement, il y a une légère cuisson qui diminue au pansement suivant. L'écoulement et presque tari du troisième au quatrième jour.

Le liniment est composé avec parties égales de baume de Gurjun et d'eau de chaux.

Anémie consécutive à des métrorrhagies répétées. Prompte guérison par l'hydrothérapie, par M. Em. Duval.

Les cas de ce genre se présentent si fréquemment que nous ne pouvons résister au besoin d'en signaler de temps en temps quelques-uns parmi les plus significatifs, tel est celui dont nous

allons rendre compte. Ce dont il s'agit, pour obvier à la perte de sang, c'est, par une dérivation puissante, d'obvier sur toute la périphérie, au mouvement vital énergique par la piscine et simultanément par des douches en pluie spécialement dirigées sur les parties supérieures. Chez la malade qui fut adressée à M. Duval le 7 juin 1875 par M. le docteur Raymond, le succès fut complet.

Mariée depuis trois ans, mère d'un bel enfant, d'une constitution robuste, Mme X... paraissait devoir ses antécédents aux fatigues de rapprochements trop multipliés. Depuis six mois, pour cette cause, elle faisait lit à part, sans néanmoins cesser d'être obsédée par des exigences. Aussi les pertes, un peu modérées continuaient toujours, malgré les toniques, les reconstituants, prescrits par notre confrère. C'est dire que l'anémie, loin de diminuer, devenait de plus en plus grave. La malade n'était pas seulement affaiblie, elle éprouvait des syncopes, des suffocations, des spasmes, des crises de nerfs.

« D'emblée, dès l'admission, le 7 juin, et contre notre habitude, dit M. Duval, nous administrons l'eau froide à 6° tous les jours, le matin, Mme X... est soumise ensuite à une douche en pluie d'une durée de 20 à 30 secondes. Tous les trois jours pendant une quinzaine, nous prescrivons, le matin, 2 verres d'eau de Pullna. Bientôt les forces reparaissent, le teint se colore. A partie du 20 juin, à la douche en pluie nous ajoutons une piscine de 15 à 20 secondes.

Dix jours se passent sans que les règles, presque incessantes, n'aient reparu. Appétit, digestions excellentes. Le sommeil commence à revenir. La constipation est moins opiniâtre. Enfin au bout de six semaines, tout rentre dans l'ordre, et, le 20 juillet, la malade nous quitte, ne ressentant plus aucun des symptômes précédents et se considérant comme tout à fait guérie. Qu'en conclure? Logiquement que l'eau froide est bien le médicament par excellence, le médicament de la nature. »

Surdité ancienne guérie par la trépanation de la membrane du tympan, par M. Bonnafont.

Dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. Bonnafont a communiqué une note sur un cas de surdité ancienne ayant cessé à la suite de la trépanation de la membrane du tympan. — Il a fait suivre son travail des conclusions suivantes :

1° Toute surdité qui n'est pas produite par un affaiblissement de la sensibilité des nerfs acoustiques, ce dont on peut s'assurer par l'apposition d'une montre sur les parois du crâne avoisinant

l'oreille, et qui a résisté aux moyens ordinaires, tels que cathétérisme des trompes, etc., peut être guérie, ou considérablement améliorée, par la trépanation de la membrane du tympan.

2° Cette opération, redoutée jusqu'à ce jour, se fait très-rapidement, sans douleur, en anesthésiant le tympan, et ne peut en aucun cas être suivie d'accidents sérieux.

3° La canule ou l'œillet engagé dans l'ouverture de la membrane doit y rester jusqu'à ce qu'il tombe naturellement.

4° S'il survient quelques accidents inflammatoires, peut être nécessaires au maintien de l'ouverture, on les combat par les moyens ordinaires et on attend patiemment leur résolution.

5° Après la chute de la canule, on fera de temps en temps des injections légères d'eau tiède, afin de dissoudre les mucosités de la caisse, qui peuvent s'accumuler devant l'ouverture et gêner ainsi l'audition, ou bien, à défaut d'injection, on fera passer un courant d'air par les trompes en se mouchant un peu fort.

Traitement des gerçures du sein par l'acide picrique,

par M. le Dr Charrier.

M. Chéron, médecin à Saint-Lazare, emploie fréquemment dans son service et dans sa pratique l'acide picrique qui lui donne d'excellents résultats, dans les ulcérations du col de l'utérus, dans l'uréthrite et dans une foule d'affections qui réclament l'emploi des astringents. Les résultats obtenus par M. Chéron, avec l'*acide picrique* dans le traitement des fissures à l'anus, ont donné à M. Charrier l'idée d'utiliser le même médicament pour les crevasses du sein. Il a obtenu ainsi la disparition de la douleur dans un temps très-court et la suppression des sécrétions morbides. En même temps, l'épiderme très-fin du mamelon est, pour ainsi dire, tanné et rendu beaucoup moins susceptible d'altérations. L'application de ce traitement a amené chez sept malades, dans un espace de temps variant de six à douze jours, une guérison complète. La cessation de la douleur est déjà obtenue au bout de douze à vingt-quatre heures et l'allaitement peut être continué sans inconvénient pour l'enfant qui n'est pas rebuté, l'expérience l'a prouvé, par l'amertume du médicament.

Il faut avoir, avant tout, de l'acide picrique chimiquement pur, qui soit complètement privé de soude, et employer deux solutions.

L'une concentrée dont voici la formule :

Eau distillée.	1.000 grammes.
Acide picrique. . . .	13 —

Et l'autre plus faible, au millième seulement. Voici comment on procède. Le bout du sein est bien nettoyé avec une éponge fine imbibée d'eau tiède. Cela fait, on prend un petit blaireau très-fin que l'on trempe dans la solution concentrée et qu'on promène plusieurs fois de suite sur la crevasse et sur tous les points enflammés. Ce pansement est fait une fois par jour, le matin; mais après chaque tétée, on trempe le mamelon, pendant trois ou quatre minutes, dans un petit verre rempli de la solution picrique au 1000e. (*Journal de méd. et de chir. prat.*)

BIBLIOGRAPHIE

La Prostitution à Paris et à Londres, par M. Lecour, Chef de division à la Préfecture de Police. 1877, in-12, chez Asselin.

Il est de ces questions qui intéressent toujours beaucoup le public et celle de la prostitution est du nombre. On aime à être renseigné sur ce qui se passe dans les bas fonds de notre société. Les livres de Parent Du Chatelet, d'Eugène Sue ont été dévorés par les lecteurs, avides de s'initier *proprement* à tous les mystères des couches inférieures.

Déjà, sur la prostitution, nous avons bien des livres. Citons Dufour, Parent Du Chatelet, Esquiros, Jeannel, Maxime Ducamp, tous livres sérieux. M. Lecour a envisagé la question sur un point de vue tout autre que ses devanciers ou ses contemporains : il l'a étudiée administrativement.

On sait combien cette question d'hygiène publique et sociale a été agitée et controversée; les uns ne veulent pas que l'administration mette la main sur ces filles, prétendant que c'est un attentat à la liberté individuelle; et de l'autre côté ces mêmes individus se plaignent quand la voie publique n'est pas propre. Immondices animales, ou immondices végétales, c'est tout un, et l'administration doit y veiller scrupuleusement.

Nous ne suivrons pas M. Lecour dans tous les chapitres de son ouvrage qui, en quelques années, est arrivé à sa troisième édition. Nous laisserons de côté la partie administrative pour n'envisager que la partie médicale et pratique.

Tous les jeunes médecins sont désireux de connaître le fonctionnement de ce grand et important rouage médical et administratif qu'on appelle le Dispensaire de salubrité. Beaucoup de médecins étrangers demandent à s'initier à ce service à nul autre pareil et que les nations voisines, amies ou ennemies, suivent de loin ou copient. Le lecteur n'oubliera pas que le préfet de

police de Berlin, lui-même, est venu, il y a deux ou trois ans, visiter et étudier l'administration française.

Qu'est-ce que la prostitution parisienne? Voilà le point essentiel.

Nous ne nous arrêterons pas sur les causes de cette déviation sociale, qui a occupé et occupera longtemps les moralistes, sur ses effets, sur ses conséquences.

Les femmes adonnées à la prostitution sont divisées en :

1° Filles insoumises;

2° Filles soumises.

Les premières sont des filles qui exercent clandestinement le métier d'amour, qui vivent chez elles, sont des femmes à parties, fréquentent les bals publics, les cafés-concerts, en attendant que des arrestations nombreuses les fassent inscrire sur les registres de la police, auquel cas elles deviennent *filles soumises*. Ces dernières sont divisées en *isolées* ou *femmes en carte* et en *femmes de maison*.

Toutes les femmes isolées doivent venir deux fois par mois passer leur visite sanitaire au Dispensaire de salubrité : cette visite est inscrite sur une *carte* qu'elles doivent toujours avoir sur elles et qu'elles doivent présenter à la réquisition des agents. Malades, elles sont envoyées à Saint-Lazare, où elles reçoivent les soins médicaux nécessaires.

Saines, elles retournent à leurs *affaires*. Les femmes de maison sont visitées dans les maisons mêmes toutes les semaines et si elles sont malades, elles sont conduites à la Préfecture et de là expédiées à Saint-Lazare.

Les visites sont nombreuses. Elles se sont élevées :

En 1872 à..................	97.769
1873 à..................	108.572
1874 à..................	116.657
1875 à..................	120.173
1876 à..................	115.464

Les fréquentes visites des filles soumises rendent chez elles les maladies rares relativement; il n'en est pas de même pour les filles insoumises.

En voici la preuve :

Filles soumises.

1872 —	1 syphilitique sur	55 682	visites.
1873	—	46.425	—
1874	—	58.600	—
1875	—	62.661	—
1876	—	67.488	—

Filles insoumises.

1872 — 1	syphilitique	sur 5.634	visites.
1873	—	6.313	—
1874	—	6.954	—
1875	—	6.953	—
1876	—	10.167	—

Pour que ces chiffres aient une valeur, il faut connaître le nombre des filles soumises :

En 1872	il y avait	4.242	filles inscrites.
1873	—	4.603	—
1874	—	4.564	—
1875	—	4.580	—
1876	—	4.386	—

Quant au nombre des filles de maison il ne dépasse guère 1,200 ; celui des filles en carte s'élève de 3,000 à 3,500. D'après le nombre formidable de visites, on peut voir qu'il est des filles qui sont visitées plus de 30 à 60 fois par an.

Le nombre des maisons va aussi en diminuant : il y en avait 142 en 1872; il n'y en avait plus que 136 en 1876. Est-ce à dire que la diminution du nombre des maisons et des filles est un indice d'amélioration sociale et morale ? Non, la prostitution se déplace et voilà tout.

Quant aux filles insoumises, elles sont plus exposées aux maladies, n'étant pas surveillées ; et, quand elles sont amenées au Dispensaire de salubrité de la préfecture de police, c'est qu'elles ont été arrêtées pour des motifs particuliers.

Nous ne pouvons que donner une idée du livre de M. Lecour, fait avec toute l'exactitude de renseignements que peut seul posséder un homme occupant de hautes fonctions administratives.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Necrologie médicale. — Depuis quelques temps le corps médical a fait des pertes nombreuses, tant parmi les jeunes médecins que parmi les anciens. Citons parmi ceux qui n'y sont plus : Goupil, de Paris ; Pigeaux ; Dublanchet, mort d'une angine couenneuse; Zandyck, d'Alger; Dubreuil, père, de Bordeaux; Hubert-Valleroux, qui avait quitté la médecine pour prendre la

soutane; Lépée, trésorier de l'*Association des médecins du Calvados*; Baudens, parent du médecin militaire de ce nom; Racle, médecin de l'hôpital de Constantine; Reymond; Camille Blanchard; Th. Beullac de Marseille; F.-M. Gignoux, de Rouen.

Faculté de médecine de Paris. — Bibliothèque. — A partir du 21 août la bibliothèque sera ouverte les mardis, jeudis et samedis de 11 heures à 4 heures. Les séances du soir sont suspendues.

— Par décret ministériel, en date du 10 août, le stage imposé aux agrégés des facultés de médecine est supprimé. Les agrégés demeureront en exercice pendant une période de neuf ans. Tous les trois ans, les agrégés seront renouvelés par tiers.

Première inscription. — Par arrêté du 10 août, le ministre pourra accorder par décision individuelle, à des jeunes gens âgés de 19 ans accomplis, l'autorisation de prendre la première inscription au trimestre d'avril.

Faculté mixte de Lyon. — Par décret en date du 14 août, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

MM. Berne, professeur de pathologie externe.
Boudet, professeur de pathologie interne.
Tripier (Léon), professeur de médecine opératoire.
Pierret, professeur d'anatomie pathologique.
Artaud, professeur des maladies mentales.

Inauguration du nouvel Hôtel-Dieu. — Les 60 ou 80 millions dépensés par la volonté de M. Haussmann pour la construction du nouvel Hôtel-Dieu vont enfin produire leurs fruits. L'inauguration est faite; tous les malades sont installés et le Président de la République y a fait sa visite officielle, en laissant à M. Gueneau de Mussy un souvenir de son passage.

Congrès périodique international des sciences médicales à Genève. — Le Congrès s'ouvrira le 9 septembre prochain et sera terminé le 15. Les membres du Congrès seront tenus de verser une somme de 20 francs en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du Compte rendu du travail de la session. S'adresser, avant le 31 août, à M. le professeur Provost, à Genève. La séance d'ouverture aura lieu le dimanche 9; le banquet d'adieu, le samedi 15. Des démarches sont faites pour obtenir une réduction sur le prix du parcours.

Renseignements divers. — Messieurs les membres du congrès

sont priés de s'adresser, à leur arrivée à Genève, au bureau de renseignements installé à la gare, où ils trouveront tous les renseignements relatifs à l'organisation du congrés, et spécialement à leur logement. Ceux d'entre eux qui voudront s'assurer d'avance un logement devront en informer, avant le 1er septembre, M. le Secrétaire général. Ils indiqueront la classe d'hôtel où ils désireront descendre et la durée du séjour qu'ils se proposent d'y faire.

MM. les membres iront, en personne, retirer leur carte au secrétariat du congrès (Université) et s'y faire inscrire dans la section ou les sections auxquelles ils désireront appartenir (art. 3 du règlement). Aucune inscription préalable n'est exigée. Néanmoins le comité prie MM. les membres qui se proposent d'assister à la réunion de vouloir bien, autant que possible, s'annoncer à l'avance.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 16 août, la mortalité à Paris a été de 788, soit 119 de moins que la semaine précédente. La diminution a porté sur la rougeole, la fièvre typhoïde, la bronchite, la diarrhée, cholériforme des enfants, l'angine couenneuse. Il y a eu augmentation des décès occasionnés par les affections chirurgicales. Mais nous ne protesterons jamais assez contre l'insuffisance du bulletin que nous donne le médecin de la préfecture de la Seine, qui, sur 788 décès, ne nous en précise que 223, c'est-à-dire nous laisse ignorer la cause de 565 décès, savoir : 262 décès par *autres affections* aiguës, et 303 décès par *affections chroniques*.

Les décès se répartissent ainsi :
573 à domicile ;
215 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 35. 30 Août 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 23 *août* 1877.

Académie des sciences (6 et 13 août). — M. Bouillaud devait protester et a protesté en effet contre la théorie soulevée par M. Edouard Fournié, à propos du siége de la fonction du langage. M. Bouillaud a soutenu encore une fois l'opinion qu'il professe depuis si longtemps.

A la séance du 13 août, M. Charles Richet a communiqué ses études sur les acides libres de l'estomac, en s'appuyant sur la nouvelle méthode analytique de M. Berthelot.

Voici le principe de la méthode de M. Berthelot ;

« Quand on agite la solution aqueuse d'un acide avec l'éther, l'eau et l'éther se partagent suivant un rapport constant, dont le volume numérique caractérise chaque acide : c'est le *coefficient de partage*. »

M. Ch. Richet est arrivé aux conclusions suivantes :

« Le suc gastrique pur ne contient presque que des acides minéraux ou analogues. On peut admettre l'existence soit de l'acide chlorhydrique, soit de l'acide phosphorique, soit encore de certains acides organiques insolubles dans l'éther et qui sont formés par l'association d'un acide minéral avec un composé organique analogue à l'acide phosphoglycérique. Abandonné à lui-même, le suc gastrique pur fermente et la proportion des acides organiques analogues à l'acide lactique augmente.

Les aliments mélangés au suc gastrique peuvent par la digestion artificielle, en dehors de toute action vitale di-

recte et de la sécrétion stomacale, augmenter de 20 et même de 70 pour 100 l'acidité des liquides de l'estomac.

Le suc gastrique, mélangé aux matières alimentaires, contient toujours des acides organiques analogues à l'acide lactique; mais l'acide minéral reste prédominant, tant qu'il n'y a pas putréfaction. Le ferment qui rend les substances alimentaires acides semble être retenu partiellement avec les matières solides non filtrables et en partie passer avec les matières dissoutes.

Académie de médecine (21 août). — Séance bien écourtée et se ressentant des vacances. M. Jules Guérin a fait défaut et par conséquent la lecture de la fin de son mémoire sur la fièvre typhoïde est remise à une prochaine séance. En revanche on est encore revenu sur la question de l'acide salicylique dont M. Sée a enregistré de nouveaux succès. Que M. Sée se contente de nous dire ce qu'il voit et qu'il ne vienne donc pas nous raconter les 200 succès d'un médecin prussien. Est-ce que nous pouvons contrôler les assertions de ces voisins-là ? Ils en ont dit bien d'autres à propos du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Le médecin prussien sur qui s'appuie M. Sée attribue encore à l'acide salicylique une propriété analgésiante.

M. Depaul a présenté à l'Académie un mémoire de M. Taure, pharmacien à Troyes, sur l'ergotinine, nouveau principe alcaloïde extrait de l'ergot de seigle.

Puis M. Bouley a donné lecture d'une lettre de M. Pasteur en réponse à M. Colin sur le charbon. M. Pasteur, en présence de la virulence conservée par le liquide où les bactéridies ont été diluées au centième, ne croit pas qu'il soit possible de douter de la virulence de ces bactéridies.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Cas curieux d'hystérie, par M. le Dr Macario.

L'hystérie est un véritable Protée dont on ne connaît pas encore toutes les formes. Il existe parmi ces dernières des phénomènes si bizarres, si insolites, que M. Macario voudrait que dans ces maladies, il y eût un chapitre consacré aux *névroses extraordinaires*.

Nous nous empressons d'emprunter à la pratique de notre confrère l'observation suivante qu'il a publiée dans le *Nice-Médical*, et dont nous ne connaissons pas d'analogue.

Mlle P..., âgée de 45 ans, d'une forte constitution mais extrêmement nerveuse, est sourde depuis son enfance ; une sœur moins âgée qu'elle est également atteinte de cette infirmité.

La veille de la Toussaint de l'année dernière, Mlle P..., fut prise tout à coup, au milieu d'une florissante santé, d'une douleur extrêmement vive sous le sein gauche que les sinapismes, les vésicatoires, les pilules antinévralgiques de Crosnier, la valérianate de quinine, le bromure de potassium, les injections hypodermiques de morphine, furent impuissants non-seulement à dissiper mais même à calmer. — Les injections sous-cutanées d'eau simple semblèrent seules apporter quelque soulagement passager.

La douleur, tout en étant mobile, ne s'étendait jamais au delà de la région précordiale.

Quelques jours après la vue commença à se troubler, les objets parurent d'abord colorés en rouge, vingt-quatre heures après ils paraissaient noirs, et enfin dans l'espace d'une semaine, la vue fut complètement abolie, puis elle se rétablit spontanément au bout de peu de jours et la douleur de côté disparut à son tour presqu'en même temps.

Vers la fin de novembre, la malade fut prise d'un violent accès de suffocation, après lequel la vue fut de nouveau abolie, mais pendant quelques heures seulement.

Les accès d'oppression se renouvelèrent plusieurs fois par la suite, et furent toujours suivis de l'abolition de la faculté visuelle. Mais après la dernière crise qui eut lieu vers la fin de décembre, le bras droit fut complètement paralysé du mouvement et du sentiment ; le bras gauche ne tarda pas à se paralyser à son tour, et enfin les membres pelviens subirent le même sort.

C'était une paralysie générale de la motilité et de la sensibilité, comme celles relatées par M. Macario dans son ouvrage sur les paralysies dynamiques ou nerveuses, couronné en 1869 par l'Académie des sciences de Montpellier. Les sens du goût et de la vue étaient également abolis ; l'ouïe l'aurait été sans doute aussi, si la malade n'avait été sourde depuis son enfance.

Au bout de quelques jours les mouvements de la sensibilité générale et spéciale reparurent pour disparaître de nouveau à la suite d'accès d'étouffement ou de syncope.

Au commencement de janvier 1877, la patiente eut une syncope qui inspira les plus vives inquiétudes, et, comme d'habitude, elle fut suivie de paralysie avec perte de la vue et du goût.

Cette fois cet état persista pendant près de deux mois, la dé-

glutition était difficile, mais la parole était conservée. Dans cet intervalle il arriva que la sensibilité se concentra tout entière dans une des dents incisives, et c'est par l'intermédiaire de cette dent qu'on pouvait communiquer avec la patiente. On n'avait à cet effet qu'à tracer sur cette dent, avec la pointe d'une aiguille par exemple, les mots qu'on voulait lui transmettre ; elle épelait alors les lettres, comme les lettres d'un alphabet, et prononçait ensuite le mot qu'on avait écrit.

Il arrivait parfois que la sensibilité abandonnait la dent incisive pour se montrer sur la paume d'une ou des deux mains ; d'autres fois elle se réfugiait sur la moitié du nez et de la bouche, et alors, lorsqu'elle mangeait et buvait, elle ne percevait la sensation produite par les aliments que de ce côté. Dans ce cas il fallait écrire sur ces régions pour communiquer avec Mlle P..., et, chose étrange, tout en étant sourde et aveugle, elle reconnaissait parfaitement les personnes qui mettaient leur main dans sa main sensibilisée, ne les eût-elle vues qu'une seule fois par hasard et qui, partant, lui étaient inconnues.

Pendant tout le temps que les mains restaient sensibles, la patiente exécutait des travaux d'aiguille les plus délicats, et reconnaissait au toucher les différentes couleurs, les différentes nuances de la laine, ou du fil ou des étoffes qu'elle touchait, et distinguait même sur une lettre, par exemple, les armoiries avec les initiales qui s'y trouvaient. La couleur *grise* seule faisait exception, elle n'était pas distinguée par la malade.

Mlle P... fut alors électrisée trois fois par semaine à l'aide de l'appareil de Gaiffe. On commença par les yeux, la malade voyait rouge après la séance, mais ne recouvrait pas la vue pour cela.

Le courant dont on se servait était le plus faible et cependant il provoquait à chaque fois une douleur atroce dans le ventre, au point qu'on était obligé de suspendre cette électrisation totale et on se borna à galvaniser le bras droit d'abord, qui devint d'une sensibilité exagérée (hyperesthésie). La malade y éprouvait pendant cinq à six minutes une sensation de brûlure très-intense, mais ce membre finit par recouvrer le mouvement. Le bras gauche fut ensuite soumis au même traitement et le résultat fut le même.

Vint après le tour des membres inférieurs qui recouvrèrent aussi leurs fonctions.

Les séances ne pouvaient pas être prolongées au delà de deux à trois minutes à cause des accès terribles de suffocation avec contracture musculaire qu'elles provoquaient chaque fois.

Les membres revenus à leur état normal, on entreprit de nouveau les yeux ; après chaque séance la malade recouvrait la vue pendant quelques minutes, mais on fut encore obligé de suspen-

dre la cure, car elle réveillait toujours de vives douleurs abdominales, avec hyperesthésie du cuir chevelu.

En outre. après chaque séance, la patiente était assaillie par des hallucinations de la vue qui se renouvelaient plusieurs fois dans le courant de la journée; d'autres fois, elle tombait dans un état de profond évanouissement accompagné de sueurs profuses.

Mlle P... fut électrisée pendant quatre fois, mais les séances ont été tour à tour suspendues et reprises à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits persistèrent avec des hausses et des baisses pendant six mois environ, et Mlle P... entra enfin dans une phase de santé relativement bonne. Mais cet état ne dura pas longtemps, car deux mois après, la malade perdit complètement la raison; elle était continuellement en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe et se croyait damnée.

Il est à remarquer que cet état mental s'était déjà manifesté à peu près le même il y a une vingtaine d'années, et persista pendant dix-huit mois.

La guérison s'opéra alors d'une manière étrange qui mérite d'être relatée ici.

En mangeant une grappe de raisin, un pepin écrasé entre les dents provoqua une violente douleur dans une molaire de la mâchoire inférieure, je crois, et cette douleur détermina à son tour une violente attaque convulsive pendant laquelle elle poussait des cris perçants et se débattait comme une possédée, à tel point que plusieurs personnes avaient de la peine à la maintenir. Mais elle sortit de cet état, avec l'intégrité des facultés intellectuelles; cependant de temps à autre des troubles étranges se manifestèrent encore pendant quelque temps, il y avait des conceptions délirantes qui paraissaient fort sensées et qui pouvaient donner le change à un observateur peu attentif; c'était une espèce de *délire raisonnant*. Ainsi la malade se faisait passer vis-à-vis des étrangers pour une victime, pour le souffre-douleurs de ses parents, et, à cet effet, elle inventait de toutes pièces, mille persécutions auxquelles elle disait être sans cesse en butte, et une fois revenue à la santé elle ne conserva absolument aucun souvenir de toutes ces circonstances; mais, chose vraiment étrange et digne d'attirer l'attention des aliénistes, aujourd'hui, dans son état de folie, elle se rappelle parfaitement toutes les inventions et tous les mensonges qu'elle faisait à cette époque reculée, elle a pleine conscience de tout ce qu'elle a fait ou dit il y a vingt ans dans son premier accès d'aliénation; de là, des remords cuisants qui l'obsèdent, de là, la crainte de la damnation qui l'ac-

cable dans ce second accès. C'en est fait d'elle! [tout espoir est perdu! les flammes de l'enfer l'attendent pour la torturer pendant toute l'éternité, et c'est justice, car elle est la cause des malheurs qui ont fondu sur la France.

Telle est l'état actuel de cette malheureuse fille! En sortira-t-elle? C'est ce que ni M. Macario, ni nous, ne pouvons prévoir.

Hémorrhagies utérines.

La réputation de l'ergot de seigle pour combattre les hémorrhagies utérines est établie depuis longtemps. On l'administre généralement dans une potion de 125 gr., à la dose de 4 à 5 gr. sous forme d'ergotine ou extrait aqueux.

A la dernière séance de la Société de thérapeutique (11 juillet) il a été question de cet extrait par la méthode hypodermique, etc. M. Moutard-Martin considère, comme nous, les injections hypodermiques d'ergotine comme le traitement le plus actif des hémorrhagies et surtout des métrorrhagies ; il emploie la solution suivante :

Pr. : Ergotine.................. 2 grammes.
Glycérine................ 30 —

Il injecte de 1 à 2 grammes de cette solution ; ces injections sont quelquefois douloureuses, mais elles ne déterminent jamais d'abcès, ce qui arrive très-fréquemment lorsqu'on se sert de la formule proposée par Hildelveau.

M. Bucquoy partage cette opinion et il emploie l'ergotine dans les métrorrhagies, même dans celle qui résulte d'un carcimone utérin. Il use de la solution suivante :

Pr. : Ergotine................. 2 grammes.
Eau...................... 15 —
Glycérine................ 15 —

Mais l'ergotine est aussi employée quelquefois avec succès dans le catarrhe chronique utérin. Le Dr Goreleitschenko a mis en pratique de lotionner l'utérus avec une solution d'ergotine, en laissant le pinceau de une à trois minutes dans le canal. Il a traité de la sorte 29 cas de métrite chronique accompagnée de catarrhe chronique. Dans 22, le flux a cessé, le gonflement de la muqueuse a disparu et l'utérus devint plus petit et résistant. Les symptômes subjectifs disparurent aussi et la menstruation reprit son cours. Dans les autres cas graves, l'amélioration qu'on obtint fût bientôt suivie d'une rechute, et l'altération de l'utérus poursuivit sa marche.

Dans ce même journal, nous avons déjà cité plusieurs observations remarquables de métrorrhagies guéries par les injections sous-cutanées d'ergotine.

Manuel opératoire pour la ponction des kystes du foie, par M. le docteur Dieulafoy.

Quoique la ponction des kystes du foie soit presque aujourd'hui entrée dans la pratique de la chirurgie courante, comme la saignée l'était autrefois (et nous espérons bien que la saignée reprendra sa place dans la thérapeutique), nous croyons utile de reproduire ici le manuel opératoire d'après une étude sur les kystes du foie, publié dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. Dieulafoy, à qui nous devons cette méthode.

Manuel opératoire. — Pour pratiquer cette opération, le choix de l'aspirateur est indifférent pourvu qu'il fasse bien le vide préalable; mais ce qui importe, c'est le choix de l'aiguille (1), et ici, comme dans la thoracentèse, je fais usage de l'aiguille n° 2. Le malade étant couché sur le dos, l'aiguille est introduite perpendiculairement à la tumeur, sur le point le plus saillant; puis on la pousse plus profondément à mesure que son niveau s'abaisse dans la tumeur. Quand on suppose que l'écoulement est terminé, il faut bien se garder de percuter la tumeur sous prétexte de constater la diminution de son volume, ou de la malaxer sous prétexte de favoriser l'issue du liquide; ces manœuvres ne présentent que des inconvénients et pourraient même devenir une cause de péritonite. La tumeur une fois vidée, le malade doit rester couché sur le dos; il garde le repos dans cette position pendant plusieurs heures; on lui applique un bandage de corps modérément serré, et je peux garantir que l'opération ainsi pratiquée est d'une *complète innocuité.*

Il arrive parfois, quelques minutes ou quelques heures après l'opération, que le malade est pris de nausées, d'un dyspnée, d'un mouvement fébrile, on redoute alors la péritonite, mais ces symptômes bruyants sont les précurseurs d'une poussée d'urticaire, qui si souvent, je l'ai dit, accompagne la première ponction des kystes hydatiques du foie.

Dans un grand nombre de circonstances, une seule ponction aspiratrice a suffi pour obtenir la guérison du kyste. On se demande en pareil cas ce que devient la poche du kyste; il est probable qu'elle subit la dégénérescence graisseuse et qu'elle

---

(1) Il est indispensable de bien connaître le volume des aiguilles qu'on doit employer; voilà pourquoi j'ai toujours basé mes observations, ici comme ailleurs, sur le même étalon, sachant quel est le diamètre très-exact qui correspond aux aiguilles n° 2, n° 3, etc., et je ne m'expose pas à des accidents qu'entraînerait une aiguille de 3 millimètres de diamètre, par exemple, quand l'aiguille de 1 millimètre remplit toutes les conditions.

disparaît sur place ; du reste cette heureuse chance s'observe d'autant mieux qu'on attaque le kyste de bonne heure, car plus tard, en vieillissant, ses enveloppes s'épaississent, se vascularisent, et la ponction est plus volontiers suivie de suppuration. D'ailleurs, quelle que soit la cause de la suppuration du kyste, quelle conduite faut-il tenir en face de cette complication ? La formation du pus dans le kyste détermine quelquefois un état fébrile plus ou moins vif, avec douleurs dans l'hypochondre et dans l'épaule droite ; et chaque fois que la purulence s'établit, le liquide retiré prend une odeur extrêmement vive d'hydrogène sulfuré. Dès que le liquide purulent se produit dans la tumeur, on le retire avec l'aiguille n° 2 ou n° 3, et s'il se forme de nouveau, on le retire encore, cinq, six, huit fois de suite si c'est nécessaire, en ayant soin que chaque nouvelle ponction surprenne le liquide à un moment où il n'a pas encore atteint l'abondance qui avait nécessité la ponction précédente. Ce *tarissement tout mécanique* du liquide m'a souvent donné de bons résultats, non-seulement dans les kystes suppurés du rein, mais dans d'autres maladies, *abcès par congestion*, *kyste suppuré du rein* ; c'est une affaire de patience et de persévérance qui met le malade à l'abri de tout danger et qui, je le répète amène la guérison plus souvent encore qu'on ne pourrait le supposer.

Mais il est des circonstances dans lesquelles ce tarissement mécanique des liquides ne peut être employé, par exemple lorsque l'aiguille est oblitérée par des fausses membranes, par des cristaux de margarine et de cholestérine, ou enfin lorsque le pus se reproduit avec une grande rapidité et menace d'entraîner d'autres accidents. C'est alors qu'il faut pénétrer plus largement dans le kyste ; pour cela, il n'est pas utile d'établir des adhérences au moyen de caustiques, car ces adhérences ont été déjà obtenues par les ponctions successives qu'on a pratiquées avec intention à peu près sur le même point de la tumeur. On choisit donc cet endroit pour pénétrer dans le kyste au moyen d'un trocart assez volumineux qu'on y laisse à demeure ; je me sers, à cet effet, du *trocart hépatique* (*Traité de l'aspiration*, p. 106) qui est facilement maintenu en place et qui permet de pratiquer tous les jours des lavages appropriés au moyen de l'aspirateur. M. Verneuil a obtenu de très-bons résultats, en laissant à demeure un gros tube flexible qu'il introduit au moyen d'un trocart, et qui sert à l'évacuation des produits kystiques et à l'injection de divers liquides.

On voit, en somme, que dans ces procédés il n'est question ni d'adhérences préalables, ni de larges incisions.

En résumé, en présence d'un kyste hydatique du foie, je conseillerais le traitement suivant :

1° Pratiquer l'aspiration du liquide au moyen de l'aiguille

n° 2, en ayant soin de s'entourer des précautions sur lesquelles j'ai longuement insisté.

2° Si la purulence s'établit, faire successivement cinq, six, huit aspirations de façon à obtenir le *tarissement mécanique* du liquide, mais sans perdre de vue les autres symptômes de la purulence.

3° Si les aspirations successives ne suffisent pas, ou si, pour les raisons que j'ai indiquées, elles ne sont pas possibles, on introduit et on laisse à demeure dans le kyste un tube ou un trocart qui permettent, grâce à leurs dimensions, de vider le con-contenu du kyste, de pratiquer des lavages et d'obtenir le retrait graduel de la tumeur.

Accès épileptiques prévenus par les injections hypodermiques d'apomorphine, par le Dr Vallender.

L'apomorphine est un médicament relativement nouveau, obtenu pour la première fois en 1845 par Arppe, étudié en 1848 par Laurent et Gerhardt, repris à nouveau par Mathiesson et Wrigth en 1869 et qui s'obtient en traitant la morphine par l'acide sulfurique ou mieux par l'acide chlorhydrique, selon des procédés que nous n'avons pas à rapporter ici.

Ses propriétés physiologiques étudiées par Siébert, par Moerz, par Victor Bourgeois (thèse de Paris, 1874) la font considérer comme un succédané du tartre stibié et de l'émétique.

On l'administre par la bouche, à la dose de 1 à 2 centigrammes, ou bien en injections hypodermiques à la dose de 0,005 à 0,01.

Pour les injections hypodermiques, on emploie la formule suivante :

Eau distillée.......	100 grammes.
Apomorphine......	1 —

Il est bon d'aciduler très-légèrement l'eau avec très-peu d'acide chlorhydrique. La solution doit être préparée extemporanément.

Dans une série d'expériences entreprises sur l'apomorphine, le docteur Riègel avait noté que les injections hypodermiques de cette substance avaient prévenu des accès d'épilepsie chez un individu soumis à son observation. Ces expériences ont conduit le docteur Vallender à essayer de ce remède dans un cas désespéré d'épilepsie, où les accès se montraient au nombre de 10 ou 15, dans les vingt-quatre heures. Chaque accès était précédé d'une aura, consistant dans une sensation de chaleur, avec douleur aiguë dans la région épigastrique. La sensation de chaleur

s'irradiait de l'estomac à toute la partie supérieure du corps, tandis que les extrémités inférieures jusqu'au dessus des genoux restaient froides. Quelques minutes après, survenait l'accès : cri, perte du sentiment, spasmes cloniques. Une injection hypodermique de 5 milligrammes, 1/4 de grain d'amorphine fut faite, et au lieu d'un accès, il survint un état syncopal avec perte de connaissance qui dura quelques minutes. Dans la suite on n'injecta que 2 milligrammes et demi, ce qui suffit à produire des nausées, mais sans vomissements; cette même quantité fut injectée autant que possible pendant l'aura, et cela quelquefois cinq fois dans un jour. Toujours les accès furent prévenus, ou rendus plus courts et moins graves, au contraire, quand l'injection n'était pas faite, l'accès était aussi fort qu'auparavant. Les accès diminuèrent graduellement de fréquence et de gravité et finalement disparurent complètement. Les injections furent alors supprimées, mais comme les accès revenaient, on les reprit le quatorzième jour et on les continua pendant plusieurs semaines. Au moment où l'auteur écrit cet article, on n'a pas observé le plus léger signe d'accès depuis huit semaines.

Chez un second individu, les attaques duraient depuis longtemps et se répétaient plusieurs fois par jour. L'aura consistait dans une sensation de vertige, et précédait immédiatement l'accès; aussi était-il très difficile de faire l'injection au moment voulu, c'est-à-dire pendant l'aura. Néanmoins, l'accès était très-diminué après chaque injection. Le traitement fut continué pendant plusieurs semaines et les accès devinrent de moins en moins fréquents. Depuis quatre semaines il ne s'est montré aucune nouvelle attaque.

Dans un troisième cas l'aura précédait l'accès d'un quart d'heure et consistait dans une sensation de piqûre commençant aux orteils et s'irradiant au-dessus avec une sensation de constriction dans la poitrine et des palpitations de cœur. Chaque fois que l'injection fut faite pendant l'aura, l'accès fut complètement prévenu, mais malheureusement le patient ne resta pas assez longtemps, pour que le docteur Vallender ait pu constater l'influence du traitement sur la fréquence des attaques.

Dans le premier cas, la maladie s'était montrée subitement à l'âge de 20 ans et durait depuis deux ans, dans le second, le patient souffrait de ces accès depuis son enfance et sa mère était épileptique; dans le troisième, la maladie existait depuis plusieurs années. (*Medical Record*, juin 1877, p. 423).

DIVERS

Peut-on employer des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales? — Ce n'est point par erreur que nous employons ici le mot générique *médicament*. On sait que les reins sont un des émonctoires les plus puissants du sang : l'imperméabilité du rein dans la malade de Bright a été démontrée depuis longtemps par Hahn, Guilbert, Rayer. Corlieu, en 1856, dans la *Gazette des hôpitaux*, de Bauvais en 1858, à l'Académie de médecine avaient poussé ce principe un peu trop loin peut-être en considérant comme un des signes de la néphrite albumineuse, l'absence d'odeur communiquée aux urines par les asperges, la térébenthine. Sans aller aussi loin que ses devanciers, M. Chouvet, et avant lui Dice Duchworth, ont démontré que le rein brightique n'est pas toujours imperméable.

Quoi qu'il en soit, M. Chauvet, dans une brochure sur le danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales, cite quelques observations d'intoxication avec des médicaments pris à dose relativement faible.

D'où cela vient-il ? Le phénomène est facile à comprendre, si l'on songe que le rein ne fonctionne que très-peu, que par conséquent l'élimination médicamenteuse ne se fait qu'incomplètement et qu'ainsi tout ou presque tout le médicament donné est absorbé par l'organisme.

Dans le *Medical Times* on trouve l'observation suivante : Un homme de 50 ans environ avait attiré chez lui une jeune femme. Un moment après des rapports sexuels, la femme lui fit prendre une dose très-légère d'opium afin de l'endormir et de le voler ensuite. L'homme tomba dans un coma qui se termina 24 heures après par la mort. L'autopsie fut faite et elle révéla une néphrite chronique interstitielle avancée.

Partant de faits analogues, M. Bouchard pose en principe que les médicaments actifs deviennent toxiques, même à petite dose, quand il y a altérations des reins et son opinion repose sur des faits cliniques. C'est de la même façon qu'il explique les effets toxiques produits quelquefois par la digitale, les lésions des reins coïncidant souvent avec les lésions cardiaques.

De ce qui précède découle une importante question pratique : Doit-on recourir aux diurétiques dans la maladie de Bright?

La pratique répond ceci : Tout diurétique qui ne congestionne par le rein est un bon remède qu'il ne faut pas négliger. Et les agents qui sont avantageux en pareil cas sont ceux qui augmen-

tent l'énergie du cœur ou la pression artérielle, tels que la digitale, les sels, les délayans, acétate, nitrate de potasse, etc. Mais les diurétiques qui congestionnent les reins, tels que la térébentine, le copahu, la cantharide, etc., sont mauvais.

De la chloroformisation chez les enfants. — Chez les enfants presque toujours rebelles aux observations qu'on leur fera quand on devra les endormir, M. de Saint-Germain procède pour ainsi dire *ex abrupto*.

Il fait maintenir fortement l'enfant, jette du chloroforme sur la partie inférieure d'une longue compresse, avec laquelle il recouvre entièrement le visage, sans avoir crainte d'étouffer l'opéré. Au bout de quelques secondes, l'agitation se calme comme par magie, et l'on entend une sorte de ronflement, tenant à la paralysie anesthésique du voile du palais. Pendant la chloroformisation, M. de Saint-Germain ne se préoccupe pas du pouls. Il découvre l'épigastre, et se contente de surveiller la respiration. Il faut savoir, cependant, que les enfants peuvent rester 30 a 45 secondes sans reprendre haleine. Il ne faut donc pas trop se préoccuper de cette sorte d'apnée, du reste de très-courte durée, en raison de la rapidité des effets du chloroforme, administré selon un tel mode.

Le réveil se fait bien plus facilement chez ces malades qui n'ont absorbé qu'une très-minime quantité de chloroforme.

Pour les réveiller immédiatement, M. de Saint-Germain se contente de quelques tapes sur les joues, soit avec la main, soit avec un mouchoir mouillé.

Bromure de zinc. — On expérimente depuis quelque temps dans le service de M. le Professeur Charcot, à la Salpêtrière, le bromure de zinc contre l'épilepsie.

Ce médicament peut s'administrer en pilules ou en sirop.

Les pilules contiennent 0,05 de bromure de zinc chacune. On peut, en commençant par une pilule, s'élever à la dose de 1 gr. 60 par jour, en augmentant aussi la quantite de bromure contenue par pilule.

On peut encore prescrire le médicament en sirop selon cette formule :

Bromure de zinc..................	15 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères..	150 —

On en prend 4, 5, 6 cueillerées par jour.

Les résultats ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions recommander ce médicament.

Attendons des faits plus nombreux.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur le Gelsemium semper virens, et de son action dans le traitement des Névralgies, par le Dr Eymery-Heroguelle (1).

Voici un médicament nouveau pour nous et qui nous est importé d'Amérique, où il est connu dans la thérapeutique sous le nom d'*Electrical febrifuge*. On l'emploie contre les fièvres intermittentes concurremment avec la quinine.

M. le docteur Eymery-Heroguelle a fait de ce médicament le sujet de sa thèse inaugurale, et les effets qu'il en a vu obtenir sont assez importants pour que nous donnions ici une analyse de son travail.

Nous laisserons de côté toute la partie botanique et toutes les expériences physiologiques faites sur les grenouilles avec l'extrait de cette plante : ce qui nous importe le plus, c'est l'action physiologique sur l'homme.

Pris à dose dangereuse, le Gelsemium produit chez l'homme de la douleur dans le front, des étourdissements, des troubles de la vue, de la diplópie, de la contraction pupillaire, la chute des paupières supérieures. A ces troubles oculaires se joignent de la faiblesse dans les jambes, une sorte de résolution musculaire.

L'auteur rapporte six cas d'intoxication par ce médicament, administré par mégarde.

Le Gelsemium est administré en poudre ou en pilules, à la dose de 0,05 à 0,20 de poudre de racine.

On l'administre aussi sous forme de teinture, faite avec 100 parties d'alcool à 60° pour 5 parties de poudre de racine. La dose est de un à deux centimètres cubes, soit de 40 à 80 gouttes.

On peut aussi en faire un sirop avec :

Teinture de Gelsemium.....	50 grammes
Sirop simple...............	1.000 —

une cuillerée à bouche trois ou quatre fois par jour.

M. Dujardin-Beaumetz en a aussi fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique, que l'on prescrit à la dose de 0,05 à 0,10.

M. Eymery-Heroguelle rapporte trente et une observations recueillies tant dans le service de M. Dujardin-Beaumetz que dans la Presse étrangère. Toutes ont rapport à la thérapeutique des névralges par le gelsemium.

De l'analyse de ce mémoire, il résulte que la racine de gelse-

(1) In-8, 1877. Chez Octave Doin.

mium doit être considérée surtout comme anti névralgique : qu'elle agit heureusement dans les cas de névralgie dentaire, dans les névralgies de la cinquième paire, des nerfs frontaux, temporaux, sus et sous-orbitraires, du plexus brachial, des nerfs intercostaux, ilio-lombaires.

Les névralgies sciatiques paraissent résister un peu plus énergiquement que les autres névralgies à l'effet calmant de cette teinture. Cependant le docteur Ortille, de Lille, réussit à guérir avec ce médicament un malade qui souffrait depuis longtemps d'une sciatique qui avait résisté à toutes sortes de moyens thérapeutiques.

L'auteur de ce travail croit que le gelsemium est un sédatif puissant contre les névralgies, contre celles surtout qui ne s'accompagnent pas de véritable fluxion locale dans le point malade.

Il a vu aussi d'heureux résultats dans les hémicrânies.

Les conclusions de M: Eymery sont :

1° Que le gelsemium est un médicament anti-névralgique précieux ;

2° Qu'il est un médicament ayant une action toxique et physiologique indiscutable ;

3° Qu'à ce titre, il est digne d'entrer dans la thérapeutique française et de prendre rang à côté des narcotiques et particulièrement des solanées vireuses.

Les expérimentateurs nous diront plus tard si MM. Dujardin-Beaumetz et Eymery-Héroguelle ont promis de la part de ce médicament plus qu'il ne tiendra.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Agrégation en médecine. — Par arrêté ministériel du 11 août, il sera ouvert en 1878 un concours pour 40 places d'agrégés dans les Facultés de Paris, Lille, Lyon, Montpellier et Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 16 février 1878 pour la section de médecine ; — le 25 avril pour la section de chirurgie et d'accouchement ; — le 15 juin pour la section des sciences anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

A la Faculté de Paris, il y aura dix places, savoir : anatomie

et physiologie, une; histoire naturelle, une; médecine, quatre; chirurgie, trois; accouchement, une.

Ecole de médecine de Rouen. — Un concours sera ouvert le 1er mars 1878 pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture.

Récompenses accordées par le Ministre de l'Agriculture et du Commerce aux médecins qui se sont le mieux distingués par leurs services en épidémiologie, pour **1875.**

Médaille d'or : M. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Rappel de médaille d'or : M. Mignot, de Chantelle.

Médailles d'argent : MM. Ragaine, Sainton, Dumoutier, Rendu.

Médailles de bronze : MM. Braye, Combes, Renault, Mahier, Mirbeck, Camus, Pajot.

Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 20 décembre prochain pour quatre emplois de professeur agrégé. Ces emplois se rapportent aux branches suivantes de l'enseignement : clinique chirurgicale, clinique médicale, hygiène et médecine légale, maladies et épidémies des armées.

Nécrologie. — Le docteur H. Conneau, membre associé de l'Académie de médecine, ancien premier médecin de Napoléon III, est mort le 16 août, en Corse, âgé de 74 ans. Il n'a laissé aucun souvenir comme praticien.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 22 août, la mortalité à Paris a été de 954, soit 119 de plus que la semaine précédente. La mortalité a doublé pour la fièvre typhoïde (38 au lieu de 18), presque doublé par la bronchite (20 au lieu de 12) et pour l'angine couenneuse (42 au lieu de 23). Il est mort 292 personnes *d'autres* affections aiguës; on ne nous dit pas lesquelles. Même discrétion à propos des 388 décès par *affections chroniques.* Dans les hôpitaux, 237 décès; à domicile, 717.

Dans l'une de ces dernières séances, le conseil municipal de Paris a voté en faveur des bibliothèques d'internes, créées dans les divers hôpitaux et hospices de Paris, une subvention de 12,000 fr., en même temps qu'il émettait le vœu que l'administration voulut bien étudier l'organisation de bibliothèques pour les malades.

Quatorze établissements hospitaliers de Paris possèdent aujourd'hui des bibliothèques médicales. Ces bibliothèques renferment environ 8,000 volumes.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31



FER BRAVAIS
(FER DIALYSÉ BRAVAIS)
Fer liquide en gouttes concentrées
LE SEUL
EXEMPT de TOUT ACIDE
Sans odeur et sans saveur
« Avec lui, disent toutes les sommités médicales de France et d'Europe, plus de constipation, ni diarrhées, ni de fatigues de l'estomac; de plus, il ne noircit jamais les dents. »
Seul adopté dans tous les Hôpitaux
3 Médailles aux Expositions. Guérit radicalement
ANÉMIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ, ÉPUISEMENT, PERTES BLANCHES, FAIBLESSE des ENFANTS, etc.
C'est le plus économique des ferrugineux,
Puisqu'un flacon dure plus d'un mois.
R. BRAVAIS & Cie, 13, rue Lafayette, Paris
ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES.
(Se méfier des imitations et exiger la marque de fabque ci-dessus et la signature.
(Envoi de la Brochure franco.)

Troisième année. N° 36. 6 Septembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 6 septembre 1877.

Académie de médecine (28 août). — Séance à peu près nulle. M. Sée a continué l'éloge de l'acide salicylique. Le Dr Fua (de Padoue) a lu un travail intitulé : Note additionnelle au mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs. Quant à M. Jules Guérin il ne se dissimule pas, mais il attend des temps meilleurs et des banquettes plus garnies pour continuer sa lecture sur la fièvre typhoïde.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac, par M. le Dr Gallard.

Qui de vous ne se rappelle la fameuse oraison funèbre de Bossuet dans laquelle il prononçait ces éloquentes paroles : « Madame se meurt ! Madame est morte !... » On sait le bruit qui se fit autour de cette mort inopinée d'une jeune princesse appelée à jouer un rôle dans le monde. M. Littré publiait, il y a dix ans, dans la *Philosophie positive* une très-intéressante étude sur cette question « Henriette d'Angleterre est-elle morte empoisonnée ? » et il concluait à la mort par un ulcère de l'estomac méconnu. Qu'a-t-on fait pour la pauvre Madame ? Evidemment rien ou pas grand'chose, car les médecins avaient perdu la tête

et les idées d'empoisonnement revenaient continuellement à leur esprit, chaque fois qu'ils se trouvaient dans l'embarras.

Aujourd'hui on y regarde de plus près et on croit moins au poison.

Dans une de ses dernières conférences à l'hôpital de la Pitié, M. le Dr Gallard a pris pour sujet de sa leçon l'ulcère simple de l'estomac et nous en extrayons la partie pratique, c'est-à-dire le traitement.

Traitement. — L'ulcère simple de l'estomac est une des maladies dans lesquelles il est le plus nécessaire pour le malade et pour le médecin, de s'armer de courage et de patience. — De courage, pour ne pas se laisser déconcerter par les nombreux accidents qui peuvent survenir dans le cours du traitement; de patience, car il ne faut que quelques instants pour perdre les bénéfices d'une amélioration obtenue à grand'peine et qu'on ne conquerra de nouveau qu'au prix souvent de la même médication méthodiquement recommencée.

Ici, comme dans toutes les maladies, le point le plus important c'est le repos de l'organe malade; mais que de difficultés lorsqu'il s'agit d'un organe dont le fonctionnement est indispensable. Le repos absolu étant impossible, on doit se contenter d'un repos relatif, et le meilleur moyen pour y arriver, c'est de donner des aliments facilement assimilables et en très-petite quantité à la fois.

Parmi ces aliments, le lait tient la première place. Mais il n'est pas toujours toléré, soit que le malade soit réfractaire à cet aliment, et c'est le cas le plus rare, soit que les conditions dans lesquelles on l'administre laissent à désirer.

Dans les grandes villes où le lait est rarement frais, on le voit tourner très-aisément dans l'estomac, et il est rejeté à l'état de magma caséeux. On y peut obvier en l'additionnant d'une légère quantité de bicarbonate de soude. Mais la véritable façon de faire supporter le lait est la suivante : — Du lait fraîchement trait, non bouilli, mais simplement ramené à sa température normale par le bain-marie, et pris en très-petite quantité à la fois — au besoin par cuillerées à bouche toutes les cinq minutes. — Bien des personnes supporteront ainsi l'ingestion d'une assez grande quantité de lait, qui autrement ne pourraient, en aucune façon, le digérer.

Lorsque le lait pur est bien supporté, lorsqu'on peut en prendre une certaine quantité à la fois, on pourra lui adjoindre du gruau ou des fécules, de la biscotte, agissant absolument comme s'il s'agissait du sevrage d'un enfant.

Quand ces potages seront eux-mêmes bien supportés, on essaiera le bouillon et le jus de viande à l'état de potage, mais on

reviendra aux potages lactés si le régime gras n'est pas bien toléré.

A côté des potages gras se trouvent d'autres aliments que les malades digèrent encore mieux, et qui sont plus nourrissants, ce sont : le jaune d'œuf et la viande crue râpée. — On doit commencer la viande crue par petite quantité, 10 à 20 grammes par jour et augmenter en tâtonnant. — Puis enfin, avec une extrême prudence, on ajoute d'autres aliments qu'on interrompt pour les reprendre de nouveau pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'il soit possible de manger comme tout le monde.

On devra préférer les viandes noires grillées ou rôties, on évitera les vins et les fruits acides. — La bière, la bière de malt surtout, peuvent rendre des services.

Quand l'acidité du suc gastrique est trop grande, on emploiera l'eau de Pougues, ou quelques cuillerées à bouche d'eau de chaux avant les repas. — Les eaux de Vals et de Vichy sont trop alcalines. — Pour calmer les douleurs de l'estomac et prévenir les vomissements, on se trouvera bien de la glace ou des boissons glacées prises par gorgées.

Mais à côté de cette alimentation rationnelle, il faut tenir compte des idiosyncrasies du malade, qui quelquefois ne la supportera pas, alors qu'il digérera parfaitement des aliments tout différents, les huîtres, le jambon et la langue fumée, etc.

C'est au régime qu'on doit attribuer la plus grande part dans la guérison de l'ulcère de l'estomac : aussi vient-il en première ligne. Cependant certains médicaments peuvent lui venir en aide. Nous avons déjà parlé de l'eau de Pougues ; les médicaments narcotiques peuvent être également fort utiles. Il faut administrer l'opium à la dose d'un centigramme ou d'un demi-centigramme avant les repas. — M. Gallard emploie beaucoup la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine..... 10 centigr.
Eau distilée de laurier-cerise... 5 gram.
m. s. a.

Une ou deux gouttes sur un morceau de sucre avant le repas. Le sous-nitrate de bismuth et la craie préparée peuvent avoir également de bons effets, en recouvrant l'ulcère d'un enduit protecteur. S'il y a constipation, la magnésie anglaise remplira avec plus d'avantage ce même but, en même temps qu'elle fera l'office d'alcalin.

Le nitrate d'argent, vanté par Trousseau, et le perchlorure de fer n'ont pas d'action curative et appréciable, et ce dernier médicament peut occasionner de vives douleurs.

Quant aux agents externes, cautères, moxas, etc., quoique leur indication paraisse rationnelle, ils n'ont pas une action efficace.

— Il n'en est pas de même des vésicatoires volants, qui souvent ont calmé les douleurs et arrêté les vomissements. — Les bains tièdes peuvent aussi être utiles lorsqu'il y a un mouvement fébrile. Quant à la convalescence, elle ne diffère pas de celles des autres maladies. — Les toniques, les reconstituants, les bains sulfureux ou salés, l'hydrothérapie, etc., pourront être employés avec avantage.

Revenons un peu à Henriette d'Angleterre. Quels étaient les symptômes qu'elle présentait avant sa mort? Une exquise sensibilité de tout l'abdomen, des envies de vomir, des angoisses inexprimables, le pouls *retiré*, comme on disait alors ; le refroidissement des extrémités. Voilà des signes incontestables d'une péritonite aiguë. Mais avant cette péritonite la princesse se plaignait d'un mal de côté, d'une douleur dans l'estomac à laquelle elle était sujette. Puis tout à coup, un jour, après le repas, la princesse à la suite du mouvement occasionné par la déglutition d'une tasse de chicorée, se plaint d'une excessive douleur, devient livide et est presque à l'instant foudroyée, au point qu'il fallut l'emporter pour la mettre au lit où elle ne tarda pas à succomber.

« Si, dit M. Littré, M. le professeur Cruveilhier, qui, le premier, a établi le diagnostic et le pronostic du redoutable ulcère dont il s'agit ici, avait été appelé auprès de Madame, considérant l'invasion subite, l'atrocité des douleurs. le malaise antérieur de l'estomac », il ne se serait pas laissé aller à l'idée d'une intoxication.

Tous les cas ne sont pas aussi graves que celui de la princesse. L'ingestion du verre du liquide a dû amener la déchirure de l'ulcération, d'où la péritonite suraiguë et la mort.

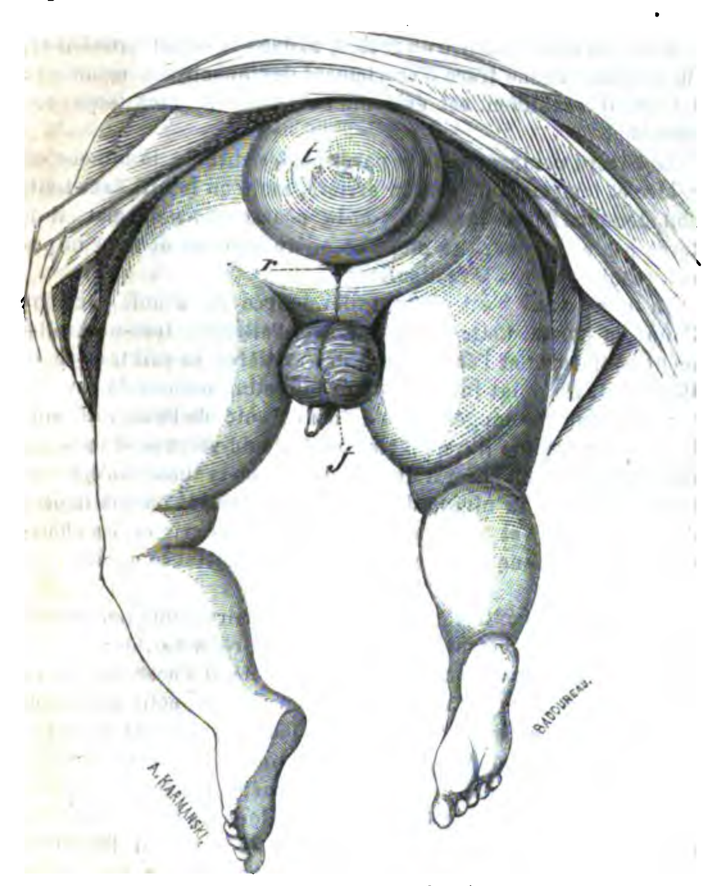
L'ulcère de l'estomac peut guérir et le traitement que nous avons relaté plus haut, est celui qui donne les meilleurs résultats.

Kyste congénital uniloculaire de la région ano-coccygienne. — Ponction suivie d'injection iodée. — Guérison rapide, par M. le professeur Depaul.

L'histoire des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc n'est pas encore parfaitement connue, bien que ces affections ne soient pas excessivement rares. MM. S. Duplay, Veling, Constantin Paul, Molk de Strasbourg, Halmer en Angleterre ont publié quelques observations à ce sujet et c'est en réunissant toutes ces observations éparses que M. Depaul en a

fait un mémoire original, publié dans le dernier numéro des *Archives de Tocologie* et où nous empruntons l'observation suivante :

Le 5 mars de cette année (1877) un enfant du sexe masculin, âgé de 4 jours, me fut apporté à ma consultation de la clinique. Il portait à la région périnéale une tumeur de la grosseur d'une



t Tumeur. — *r* Rectum. — *j* Scrotum et verge.

petite orange. Il était né d'une femme qui habitait le voisinage de l'hôpital et qui avait déjà eu plusieurs enfants bien conformés. L'accouchement s'était fait très-naturellement. La mère nourrissait ce dernier enfant, qui était très-bien portant, et d'un volume qui indiquait qn'il était né à terme.

A l'extrémité inférieure du tronc, en avant du coccyx, existait

une tumeur irrégulièrement arrondie, modérément tendue, fluctuante dans toutes les directions, transparente quand on l'examinait dans les conditions convenables. La peau qui la recouvrait était normale dans presque toute son étendue, seulement dans la partie déclive, elle paraissait un peu plus mince et était parcourue par quelques vaisseaux veineux de moyen calibre. Elle n'a aucune adhérence avec les os du voisinage. On ne trouve ni dans la portion lombaire du rachis, ni dans la région postérieure du sacrum aucune trace d'écartement des apophyses épineuses. Le canal rachidien est évidemment complet dans toute son étendue.

Le coccyx compris dans la paroi postérieure de la tumeur est relevé et fortement poussé en arrière, mais on le suit dans toute son étendue. Par la pression, on le pousse en avant, mais il ne tarde pas à reprendre sa place première. Aucune douleur ne paraît résulter de ces investigations.

La tumeur qui s'est surtout développée en avant, recouvre l'anus en partie. Cette ouverture est d'ailleurs très-naturellement conformée et l'écoulement des matières se fait très-régulièrement. Un doigt introduit dans le rectum permet de constater qu'aucun prolongement n'a lieu du côté de l'excavation du bassin, il parcourt librement la concavité du sacrum et même la face antérieure du coccyx. Il est évident que la tumeur s'est surtout développée au niveau du périnée en poussant en bas la peau de cette région et des parties voisines. Les cris et les efforts n'apportent aucune modification dans sa consistance ou dans son volume.

Il me parut incontestable que j'avais affaire a une poche unique, sans prolongement dans les parties profondes, et renfermant un liquide peu épais. Après avoir obtenu l'assentiment de la famille, je fis le 7 mars une ponction avec un petit trocart de moyen volume et je retirai 170 grammes d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre, tirant sur le rouge. La tumeur se vida complètement, la peau revint sur elle-même en se plissant un peu dans la direction verticale. Je fis alors un nouvel examen, mais il ne m'apprit rien de particulier. Je renvoyai l'enfant à deux jours plus tard pour compléter mon opération.

Il revint le 9 mars. La tumeur s'était en partie reproduite et contenait de nouveau une certaine quantité de liquide. Je fis une nouvelle ponction qui donna issue à 15 grammes d'un liquide très-analogue à celui déjà extrait deux jours avant, mais auquel s'était mêlée une petite quantité de sang ; je poussai ensuite une injection iodée que je fis ressortir presque complètement après l'avoir laissée 4 ou 5 minutes.

Tout se passa très-régulièrement. Un gonflement dur se pro-

duisit, mais la peau ne rougit pas. La tumeur, au bout de deux jours, semblait avoir repris son volume premier, mais bientôt elle commença à diminuer, petit à petit, et le 3 avril, la guérison pouvait être considérée comme définitive. Un peu d'épaisseur de la peau et quelques plis indiquaient seuls le point occupé par la tumeur. La santé de l'enfant n'a pas été un instant troublée. Depuis, la guérison s'est maintenue.

M. le docteur Galippe a fait l'analyse du liquide, qui contenait des globules rouges et des leucocytes, mais pas de fibrine. M. Galippe pense que la tumeur ponctionnée a dû communiquer avec le canal rachidien, et que dans cette tumeur, probablement pendant la vie intra-utérine, il s'est fait de petites hémorrhagies qui ont modifié les caractères du liquide céphalorachidien, dont on ne retrouve que la faible densité et où l'on constate la présence de sulfate, de carbonate, de phosphate, etc.

C'est là un exemple rare de kyste uniloculaire de la région coccy-anale ne contenant aucune masse plus ou moins solide et n'ayant aucune communication avec le canal sacré. Si, en se fondant sur la nature chimique du liquide extrait de la tumeur, on admet qu'une communication ait pu exister, dans les premiers temps de la vie utérine, entre cette tumeur et le canal rachidien, il faut supposer que cette communication a disparu sans laisser aucune trace.

Traitement de la paralysie du nerf facial.

M. le Dr Mascarel, après avoir employé tous les moyens usités contre cette maladie, vésicatoires, ventouses, sangsues, électricité, etc., préconise dans le *Bulletin de thérapeutique* un traitement simple qui lui a toujours réussi depuis dix-sept ou dix-huit ans. Voici en quoi il consiste :

Dès les premiers jours il introduit une aiguille en platine à 1 centimètre de profondeur ou 1 centimètre et demi, dans la direction du trou stylo-mastoïdien, vers la sortie du crâne du nerf facial. Une seconde aiguille en platine est placée horizontalement au devant de l'orbite du côté paralysé, dans les fibres musculaires supérieures de l'orbiculaire des paupières, et alors avec une pile, quelle qu'elle soit, même d'une faible intensité, il met chacun des pôles en rapport avec ces aiguilles et il fait passer des courants intermittents pendant douze, dix-huit ou vingt minutes. Inutile de dire qu'il détermine des contractions excessivement violentes, presque convulsives, dans le muscle orbiculaire des paupières, et quelquefois dès la première séance les paupières arrivent au contact.

Le deuxième jour, même opération, l'aiguille palpébrable est placée dans la partie inférieure des chairs de l'orbite.

Le troisième, le quatrième, le cinquième et le sixième jour, l'aiguille faciale est successivement plongée dans les muscles de la face, qui restent les plus réfractaires, l'autre aiguille étant toujours enfoncée vers le trou stylo-mastoïdien. Après sept ou huit jours de ces manœuvres, la paralysie faciale a disparu pour toujours successivement dans une douzaine de cas.

Nous ne citerons qu'une seule des observations rapportées par M. Mascarel, car elles se ressemblent toutes.

Une jeune domestique, âgée de vingt-huit ans, brune, sanguine, forte et bien constituée, n'ayant jamais été malade, se rend à la rivière pour laver un paquet de linge ; il faisait une grande chaleur, cette fille avait ses règles, elle lave son linge, quoique ayant le corps tout en sueur, et une heure après elle retourne au logis de ses maîtres.

Pendant le trajet elle s'aperçoit qu'elle a une certaine difficulté à articuler, la joue est immobile du côté gauche, la paupière supérieure ne peut plus se fermer, et c'est en pleurant qu'elle se montre à ses maîtres, qui croient à une apoplexie commençante. Le soir je fis appliquer des sinapismes et donner des sudorifiques ; le lendemain il n'y avait rien de changé, si ce n'est la réapparition des règles, qui d'ailleurs touchaient à leur fin. Je fais immédiatement application de l'électricité suivant le mode exposé plus haut.

L'aiguille faciale est introduite dans l'orbiculaire, le second jour au milieu de la face, et le troisième jour successivement en haut, au milieu et en bas. La paralysie était vaincue et la malade pleurait à la fois des larmes de souffrance et des larmes de joie.

— Nous ne partageons pas l'enthousiasme de M. Mascarel pour son moyen de traitement de la paralysie du nerf facial. Les paralysies qui guérissent n'exigent pas de moyens aussi cruels, et celles qui ne guérissent pas par les autres moyens résistent probablement aussi à l'action des aiguilles.

Lorsqu'on veut traiter une paralysie faciale par les courants intermittents, il ne nous paraît nullement indiqué de larder la peau du visage des malades, comme le fait M. Mascarel, parce que les piqûres de cette région sont extrêmement douloureuses, et que le tatouage qui en résulte ne nous paraît offrir aucun attrait. Les courants intermittents traversent suffisamment les tissus sans qu'il soit nécessaire de les faire passer, au moyen d'aiguilles, par la base du crâne.

Traitement du lichen.

Dans une de ses dernières conférences cliniques de l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Lailler établissait ainsi les règles à suivre dans le traitement du lichen.

Il faut, pour procéder méthodiquement, en étudier d'abord la cause :

Il y a un lichen de causes externes ou lichen artificiel.

Le lichen de causes internes est plus intéressant à étudier.

Il peut être syphilitique, scrofuleux, arthritique ou herpétique.

A. — Le lichen syphilitique se présente sous trois formes :

1° *Syphilide papuleuse lenticulaire*, consistant en papules de teinte cuivrée, recouverte de squames et entourées d'une colerette connue sous le nom de collerette de Biett ;

2° *Syphilide papuleuse, miliaire, diffuse* : se rencontre surtout chez les scrofuleux syphilitiques ;

3° *Lichen syphilitique circonscrit* : il se présente sous forme de groupes de papules lenticulaires, mais quelquefois ces groupes de papules sont entourés d'une zone de lichen miliaire ; d'où le nom de syphilide en corymbe.

Ces trois formes guérissent par résolution.

B. — La forme scrofuleuse est la plus commune.

C. — Le lichen arthritique comprend surtout le lichen circonscrit et le lichen livide.

D. — Dans le lichen herpétique, il y a diffusion ou génération de l'éruption.

Le traitement est général et local. Le traitement général est celui de la diathèse.

Le traitement local est plus compliqué.

Dans le lichen syphilitique, M. Lailler prescrit la pommade à l'iodure de potassium ou au deuto-iodure de mercure au 100e ou au 50e.

Contre le lichen agrius, M. Lailler conseille l'enveloppement avec le caoutchouc comme dans l'eczéma ; avec cet enveloppement il prescrit les douches, les bains de vapeurs et les onctions avec le glycérolé d'amidon qui réussit mieux que dans l'eczéma.

Quand le lichen siége à l'anus ou au périnée, M. Lailler emploie la pommade à l'oxyde de zinc :

Axonge récente.........	40 grammes.
Oxyde de zinc..........	4 —

Pour calmer les démangeaisons qui sont insupportables dans cette forme le médecin de Saint-Louis conseille des lotions avec de l'eau aussi chaude que possible ou bien une douche en ar-

rière chaque jour avec de l'eau chaude sur la région malade M. Lailler n'aime pas l'huide de cade dans ces maladies.

Quant au traitement hydrominéral, on devra envoyer les malades aux eaux indiquées contre la diathèse, soit aux eaux sulfureuses de Cauterets, Luchon, soit aux eaux alcalines et chlorurées sodiques de Royat, La Bourboule, etc.

DIVERS

Ladrerie généralisée chez l'homme, par M. Rendu, interne des hôpitaux de Lyon. — Les cas de ladrerie généralisée sont rares. On n'en connaît guère trois observations. Cet été il a été donné à M. le Dr Boucaud, de Lyon, d'en recevoir un dans son service d'hôpital et l'observation a été recueillie et lue par son interne, M. J. Rendu, à la *Société des sciences médicales* de Lyon (séance de mai). Nous la reproduisons en entier.

Balay (Pierre), 40 ans, né à Saint-Etienne (Loire) exerçant à Lyon, rue de Chartres (Guillotière) la profession de tisseur.

Cet homme entre le 18 mars 1877, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Boucaud, salle Saint-Bruno, n° 37, pour une sciatique droite. De taille et de force moyenne, ce malade, de prime abord, ne présente rien de particulier. Il se plaint d'une douleur constante qu'il éprouve dans le membre inférieur droit, et qui est nettement située sur le trajet du grand nerf sciatique, à l'émergence duquel elle apparaît pour se propager ensuite à la face postérieure de la cuisse et le long du mollet jusqu'au pied. En palpant le membre on découvre un peu au-dessous de la face externe du genou une petite tumeur, du volume d'un gros pois, sous-cutanée, non adhérente à la peau, dure et très-douloureuse au toucher, ce qui fait quelque peu songer à un névrome de l'une des branches du saphène externe. La masse du mollet est un peu diminuée, mais il y a conservation parfaite de la contractilité électrique. La marche est gênée et défectueuse, le malade ne pouvant s'appuyer sur la jambe droite. En somme, on est en présence d'une sciatique manifeste que l'on soigne par la chaleur et les injections hypodermiques de morphine.

Après quelques jours de traitement, le 24 mars, notre malade, sans être exposé à aucune cause de refroidissement, ayant constamment gardé le lit, offre des symptômes fébriles, un point de côté à droite, une légère oppression, un peu de toux et d'expectoration visqueuse. A l'auscultation de la base du poumon

droit, et en arrière, on entend, à chaque inspiration, de petites bouffées de râles crépitants avec du souffle et de la bronchophonie. La percussion donne une matité relative. En examinant le devant de la poitrine de ce malade, on constate avec étonnement, au niveau de chaque mamelon, un groupe d'environ six à huit petites tumeurs sous-cutanées, dures, ovoïdes, non adhérentes à la peau, analogues à celle de la jambe, mais nullement douloureuses. Indépendamment des tumeurs constituant ces groupes, on en trouve quelques autres semblables disséminées sur le reste du thorax, et le malade lui-même nous en montre le long de ses bras et de ses avant-bras. Interrogé alors sur l'époque de l'apparition de ces tumeurs et sur leur développement, il ne peut donner aucun renseignement, mais se contente de nous répéter que cela ne le gêne pas, ne le fait pas souffrir, et qu'il ne s'en soucie nullement.

Au bout de trois ou quatre jours, les phénomènes stéthoscopiques de la base du poumon droit s'amendèrent, la fièvre tomba, et il ne resta bientôt plus que la douleur sciatique.

Il n'y eut rien de particulier jusqu'au 13 avril. Mais à cette époque les phénomènes inflammatoires du côté du poumon droit reparurent, toujours sans cause appréciable. La fièvre se ralluma, la peau devint brûlante, le pouls rapide, la respiration fréquente. La figure, par l'altération de ses traits, indiquait l'angoisse, et le patient était dans une profonde prostration.

Matité, souffle, râles crépitants, tels étaient les principaux signes stéthoscopiques à la base pulmonaire. En même temps, point de côté, toux et expectoration visqueuse, filante, un peu rouillée. Cet état s'aggrava rapidement, le malade maigrit, perdit ses forces, et cinq jours après, le 17 avril, il avait cessé de vivre.

Autopsie. Les muscles des avant-bras, des bras et des jambes, mais surtout ceux de la face antérieure de la poitrine, et ceux de la cuisse et de la fesse présentaient, soit à leur surface et contenus dans l'atmosphère celluleuse ambiante, soit dans leur intérieur, et placés la plupart parallèlement aux faisceaux musculaires, de petits kystes allongés et assez volumineux.

Ces kystes étaient elliptiques, à grand axe, variant en moyenne entre 10 et 15 millimètres, sur un diamètre d'un demi-centimètre environ. Bon nombre étaient déformés par pression réciproque. Incolores et semi-transparents, ils laissaient voir vers leur centre un petit noyau blanc, jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle. Si l'on portait sur le kyste la pointe d'un scalpel, on reconnaissait l'existence d'une sorte de tunique adventive, au travers de laquelle faisait immédiatement hernie, la tunique sous-jacente, d'aspect hyalin, et gonflée de liquide transparent.

En ponctionnant cette seconde enveloppe, le liquide s'écoulait et entraînait avec lui le noyau ou point blanchâtre.

Dans tous ces kystes il était facile de reconnaître l'existence d'une tête surmontée d'une double couronne de crochets, placée entre quatre ventouses.

C'était le cysticercus cellulosæ, que les auteurs confondent généralement avec le cysticerque du tænia solium.

Pour donner une idée de la multiplicité de ces cysticerques, nous dirons seulement que sur une surface d'un peu plus de 2 décimètres carrés, prise dans un muscle de la face postérieure de la cuisse, on ne comptait pas moins de 63 cysticerques.

Le cerveau, les poumons, le cœur et le foie n'en renfermaient pas.

Il existait d'autres lésions sur lesquelles nous n'avons pas à nous arrêter.

Nouveau procédé pour rechercher le sucre dans l'urine. — On trouve dans *The Boston med. and surg. Journal* (juillet 1877), le procédé suivant indiqué par Biltz, permettant de rendre plus sensible la présence du sucre dans les urines.

Dans un tube à essai on ajoute à une solution saturée de sel marin juste assez de la solution alcaline de cuivre pour obtenir une teinte bleue pâle. On porte ce mélange à l'ébullition et l'on fait couler avec précaution l'urine à essayer contre la paroi du tube, de manière à obtenir une séparation nette des deux liquides. La forte densité de la solution saline empêche le mélange des deux couches de se faire rapidement, et si l'urine contient du sucre, on voit à la jonction de l'urine et de la solution une zone jaune bien limitée d'oxydule de cuivre.

Mélange contre la broncho-pneumonie. — M. Lasègue à l'hôpital de la Pitié, emploie souvent et avec succès le mélange suivant :

Calomel..........	0.10	centigrammes.
Extrait thébaïque.	0.10	—
Tartre stibié......	0.20	—

Mêlez et divisez en cinq paquets dont on prendra un toutes les deux heures.

Quelquefois le tartre stibié amène une action dérivative énergique sur le tube intestinal.

Si cependant les bronches restent obstruées, M. Lasègue fait continuer ce mélange, mais ainsi modifié :

Calomel..........	0.10	centigrammes.
Extrait thébaïque.	0.15	—
Tartre stibié......	0.10	—

En laissant le malade sous l'influence de cette médication, on obtient de promptes guérisons.

Intoxication d'un quartier de Paris. — Un événement a récemment mis en émoi tout un quartier de Paris, celui des Batignolles. Un médecin de ce quartier aurait eu à donner des soins à une soixantaine de personnes atteintes de coliques de plomb. On s'est demandé déjà d'où pouvaient venir ces accidents, cette sorte d'épidémie et on l'a attribuée au pain mangé dans ce quartier. La cherté des bois a poussé quelques boulangers à se servir de bois de démolition, et parmi ces bois il en est qui était encore enduits de peinture. Ce serait cette peinture au blanc de plomb qui aurait donné lieu à cette intoxication plombique.

BIBLIOGRAPHIE

De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, par le Dr Isidore Royet (thèse, 1877).

Dans un de nos derniers numéros nous appelions l'attention de nos lecteurs sur l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs des phthisiques. Un élève de M. Vulpian, d'après les conseils de son maître, a fait de cette question le sujet de sa thèse. Jusqu'en 1873, M. Vulpian employait comme tous ses confrères l'agaric, le tannin, le tannate de quinine, le phosphate de chaux, etc.; d'après les avis de médecins anglais, américains, etc., il a employé le sulfate d'atropine et avec un succès tel qu'il n'emploie plus d'autres médicaments dans ce but.

M. Royet a réuni trente et une observations dans son mémoire.

Dans la phthisie l'atropine a toujours réussi, mais pas toujours au même degré. En général il n'a fallu que deux, trois ou quatre jours pour arriver au résultat. Les sueurs supprimées, l'atropine manifestait son action pendant quelques jours encore, après lesquels il fallait revenir de nouveau à l'atropine.

Dans le rhumatisme les sueurs cèdent à l'atropine comme dans la phthisie.

De même dans la convalescence de la fièvre typhoïde, dans le cours de la fièvre intermittente, dans l'hystérie, etc.

Mais le sulfate d'atropine, à côté de ces avantages, a quelques inconvénients. Il occasionne de la sécheresse de la gorge, des troubles visuels, des nausées, de la diarrhée, etc. Mais que sont ces inconvénients à côté des avantages ?

Pour le praticien, le point essentiel est de connaître les règles d'administration de ce médicament.

On peut avoir recours aux injections hypodermiques. M. Vulpian préfère l'administration par les voies digestives et il choisit la forme pilulaire. Il prescrit des pilules d'un demi-milligramme d'après cette formule indiquée dans le formulaire de M. Bouchardat :

Sulfate d'atropine........... 0.10 centigrammes.
Miel et poudre de guimauve.. Q. s.

F. s. a. 200 pilules de 10 centigrammes. — Il ne faut pas que ces pilules soient préparées depuis longtemps.

La dose quotidienne est de une ou deux pilules, rarement trois ou quatre; mais il faut commencer par une pilule pour tâter la susceptibilité du malade.

Pour agir sûrement, l'atropine doit être prise quelques heures avant le moment présumé des sueurs. Si l'on ne prend qu'une pilule, on la prendra autant que possible deux ou trois heures avant l'arrivée des sueurs, à huit ou dix heures du soir par exemple. Si l'on en prend, il faudra un intervalle d'au moins deux heures pour éviter les accidents d'intoxication.

La durée de l'administration variera avant les résultats obtenus. Souvent les sueurs cessent dès le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a donné deux pilules, mais il ne faut pas les supprimer immédiatement : on continue pendant quelques jours. En moyenne il faut continuer pendant une dizaine de jours. Si les sueurs se reproduisent quelques jours après la suppuration des pilules, il faut y revenir et les redonner autant de fois que les succès se reproduisent.

L'usage de l'atropine ne contre-indique pas l'emploi des autres médicaments, tels que opiacés, arsenic, hypophosphite de chaux, sulfate de quinine, bicarbonate de soude.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Congrès scientifique. — Le congrès du Havre s'est ouvert avec un luxe inattendu. Nos confrères ont reçu l'accueil le plus sympathique qu'on pût rêver. Le professeur Broca a ouvert la séance par un remarquable discours sur l'anthropologie.

A peine ce congrès sera-t-il terminé que s'ouvrira le congrès de Genève. Paris y sera représenté par MM. Hardy, Verneuil, Bouchut, Vidal, Bouchard, Magnan, Marey. Inutile dire qu'il y aura des Allemands : où ne se fourrent-ils pas ? Espérons que

nous n'échangerons pas des poignées de mains avec eux, même sur le terrain scientifique.

Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes. — Ce concours s'ouvrira le samedi 6 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes de 2° et de 3° année sont prévenus, qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés du cadre des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 22 septembre inclusivement.

Nécrologie.—Le Dr Cabanellas, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, vient de mourir à Maison-Laffitte, à l'âge de 70 ans.

Concours pour les prix de l'internat. — Les juges sont : MM. Cusco, Desormeaux, Ferrand, Hayem, Parrot, Potain, Nicaise.

Prison de Saint-Lazare. — M. le Dr Guillaumet, ancien interne de Saint-Lazare, déjà connu par son travail sur le sufure de carbone dont nous avons entretenu nos lecteurs, vient d'être nommé médecin-adjoint de la prison.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 30 août, sur une population de 1,988,806 habitants, la mortalité a été de 910 décès, soit 44 moins que la semaine précédente. La diminution a porté sur la fièvre typhoïde (29 au lieu de 30), sur la pneumonie (28 au lieu de 46), sur l'angine couenneuse (32 au lieu de 42). Il y a eu une augmentation de mortalité par la diarrhée cholériforme des enfants (43 au lieu de 40) ; augmentation dans les *autres* affections aiguës et diminution dans les affections chroniques. Les décès se répartissent ainsi : à domicile 704 ; à l'hôpital 206.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 37. 13 Septembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 13 septembre 1877.

Académie de médecine (4 septembre). — M. Jules Guérin est d'avis qu'il faut faire des réserves sur l'emploi du salicylate de soude et sur l'action qu'il exerce secondairement sur les poumons et sur le cœur. Il rappelle à ce propos deux méthodes qu'il a employées jadis.

La première consiste dans l'emploi des frictions stibiées contre les douleurs articulaires du rhumatisme aigu.

M. Guérin fait pratiquer des onctions avec la pommade stibiée et après trois ou quatre applications, répétées dans les vingt-quatre heures, il obtient toujours la diminution ou la cessation des douleurs. Ce n'est pas l'éruption pustuleuse qui enlève la douleur, car elle n'apparaît que si l'on répète les onctions plus de quatre ou cinq fois, et elle ne se manifeste ordinairement qu'après la cessation des douleurs articulaires.

Sur plus de cent cas, M. Jules Guérin n'a pas rencontré un insuccès. Il prescrit en même temps les purgatifs répétés et les opiacés à l'intérieur.

Mêmes résultats contre les accès de goutte traités de la même façon. Trois ou quatre frictions avec gros comme une noisette sur l'articulation menacée de goutte, suffisent ordinairement pour faire avorter l'accès.

Mais si la période d'état est arrivée, M. Jules Guérin prescrit un vésicatoire volant, appliqué sur le siége même de la tuméfaction. Souvent le vésicatoire ne produit aucune

ampoule; mais l'épiderme blanchit, s'épaissit et le gonflement et la douleur disparaissent.

M. Tarnier présente en son nom et en celui de M. Ribémont, son interne, un nouveau tube laryngien qui a de très-grands avantages sur les autres tubes employés jusqu'à ce jour. Le premier de ces avantages est de pouvoir être introduit beaucoup plus facilement et cela, grâce à une courbure particulière que présente l'instrument et qui diffère complètement de celle des tubes laryngiens de Chaussier et de Depaul.

Le second avantage est que sa forme conique a pour effet de remplir la cavité du larynx et d'éviter par conséquent cette manœuvre qui consiste à fermer la bouche et le nez.

Le troisième avantage, c'est qu'on est aussitôt prévenu s'il est bien introduit dans le larynx et non dans l'œsophage.

M. Depaul qui n'a pas encore employé ce tube, croit que M. Tarnier s'exagère un peu ses avantages. Jusqu'à present M. Depaul et ses élèves sont toujours arrivés sans difficulté dans le larynx. M. Tarnier, ajoute M. Depaul exagère aussi les précautions à prendre pour empêcher l'air de refluer par la bouche et par le nez.

Bien que les banquettes soient toujours peu garnies, M. Bouchardat prend la parole sur l'étiologie de la fièvre typhoïde Il maintient que les conclusions de M. Jules Guérin sont prématurées et il croit que cette même qualification pourrait être appliquée aux opinions de MM. Gueneau de Mussy et Jaccoud, sur l'influence des matières animales en putréfaction dans la genèse de la fièvre typhoïde. Il y a vingt-cinq ans que M. Bouchardat professe la transmission par contagion, et les faits qui démontrent cette opinion s'accumulent chaque année.

M. Bouchardat termine en disant que le lapin, en fait d'expériences, est un réactif trop ou trop peu sensible.

M. Jules Guérin n'a pas fini sa lecture : mais il tient à bien établir ses expériences. Il a *hypodermisé* des lapins avec des matières fécales typhiques, et les lapins sont morts en quelques heures. Par contre-épreuve, il a injecté des matières fécales non typhiques et les animaux ne sont pas morts. Pour le moment, M. Jules Guérin n'a encore établi qu'une chose, c'est que les évacuations typhi-

ques ont des propriétés toxiques que n'ont pas les évacuations non typhiques.

Il se réserve de démontrer ultérieurement que le séjour de ces matières toxiques dans l'intestin donne lieu aux lésions décrites comme étant les lésions pathognomoniques de la fièvre typhoïde.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Hémorrhagie utérine après l'accouchement,
par M. le Dr Bailly.

Nous insistons à dessein sur cette question, parce que cet accident constitue une des complications les plus graves de l'accouchement. Les livres spéciaux sont très-brefs à ce sujet et M. le Dr Bailly, professeur agrégé, a cherché à combler cette lacune dans un travail *ex-professo*, auquel nous empruntons les considérations qui suivent :

Comment expliquer la persistance de l'hémorrhagie chez une femme complètement délivrée et qu'on doit s'attendre, par cela même, à voir désormais à l'abri de nouveaux accidents ? Tous les auteurs d'obstétrique affirment et M. Bailly a répété lui-même que l'accouchement est le plus sûr moyen d'arrêter définivement la perte ? Il en est effectivement ainsi dans la plupart des cas, mais non dans tous, parce que le segment inférieur de la matrice, sur lequel le placenta se trouvait implanté et dont la contractilité est naturellement moindre que celle du fond de l'organe, ne se rétracte pas toujours au degré voulu pour oblitérer les vaisseaux utéro-placentaires et maîtriser complètement l'hémorrhagie ; celle-ci persiste, légère en apparence, mais à la longue elle peut amener un épuisement mortel chez une femme souvent fort affaiblie déjà par les pertes répétées de la grossesse et du travail. On le voit, on ne peut se rassurer encore quand la femme est accouchée, et pendant plusieurs heures celle-ci restera l'objet d'une surveillance assidue et de soins empressés.

L'hémorrhagie par insertion vicieuse qui se manifeste après l'accouchement n'apparaît pas en général avant ni pendant la délivrance. Le retrait si fort de l'utérus qui suit momentanément l'expulsion de l'enfant et peut-être aussi l'application du placenta sur les orifices vasculaires, suspendent pour quelques instants l'écoulement sanguin, et M. Bailly n'a pas vu les femmes

atteintes de placenta *prævia* perdre, pendant la délivrance, une quantité de sang notablement plus forte que dans un accouchement simple. C'est donc seulement après la sortie du délivre que la perte, quand elle doit se reproduire, apparaît de nouveau sous l'influence du relâchement de la matrice qu'on voit survenir en quelque sorte normalement une demi-heure ou une heure après l'accouchement.

La délivrance ne présente ordinairement aucune indication spéciale dans les cas d'implantation vicieuse du placenta, et l'accoucheur y procédera presque toujours à la manière ordinaire. Si, au contraire, l'hémorrhagie persistait après l'accouchement et avant la sortie du délivre, on devrait, d'après le précepte unanime des auteurs, achever de décoller le placenta et s'empresser de l'extraire. L'excitation produite par la main de l'opérateur fait contracter la matrice et détermine un retrait de ses parois auquel rien ne s'oppose après la sortie des annexes du fœtus. Aussi voit-on le plus souvent alors la perte s'arrêter et ne plus se reproduire.

Soit que la délivrance ait été naturelle, soit qu'on l'ait opérée artificiellement, une mesure préventive fort utile qu'on doit prendre avant toute autre précaution, c'est d'administrer, aussitôt après la sortie du délivre, 1 gramme d'ergot de seigle, dose qu'on répétera au bout d'une heure, dans le but de faire contracter fortement la matrice. Aucun cas en obstétrique ne se prête mieux que celui-là à l'usage de ce médicament, qui offre ici de grands avantages et aucun inconvénient.

Il faut également faire coucher la femme complètement à plat, placer sous elle du linge propre, puis avec la main exciter l'utérus à se contracter, en même temps qu'on surveille attentivement la vulve pour juger de la quantité de sang qui s'en échappe.

Si malgré la dureté du globe utérin, l'écoulement sanguin paraît dépasser les limites d'une perte lochiale normale, on peut essayer la compression des gros troncs circulatoires de l'abdomen, pour empêcher l'accès du sang vers la matrice. Le ventre étant extrêmement spacieux après l'accouchement et la paroi abdominale très-souple, il est facile d'atteindre, au-dessus de la matrice, l'artère aorte, qu'on distingue aisément à ses battements, et on comprime sur le rachis avec les doigts de la main gauche qu'on place perpendiculairement à l'axe du corps et qu'on soutient avec la main droite. On interrompt ainsi la circulation dans ce vaisseau tout le temps nécessaire à l'arrêt de la perte, et comme ce résultat peut se faire attendre, on se fait remplacer par un aide quand on est fatigué.

La compression de l'aorte, dont l'utilité est admise en thèse générale, ne réussit pourtant pas toujours à suspendre les pertes

qui dépendent d'une insertion vicieuse du placenta. Soit que cette compression soit imparfaite et qu'une certaine quantité de sang circule encore dans ce vaisseau ; soit que les artères ovariques échappent à l'action de la main, la suspension de l'hémorrhagie peut rester incomplète et la malade continuer à perdre malgré les efforts de l'accoucheur. En outre, cette manœuvre est fort pénible pour la femme, et produit un froissement du péritoine qui peut, suivant Jacquemier, en provoquer l'inflammation. Il est donc prudent de ne pas la prolonger au-delà d'une demi-heure, et on peut être conduit à la cesser beaucoup plus tôt dans quelques cas pour recourir à une méthode moins douloureuse et plus efficace.

En effet, si la faiblesse et la fréquence du pouls dénotent une déplétion considérable du système circulatoire, à plus forte raison si l'accouchée éprouve de l'abattement et des défaillances, il importe de fermer sans retard les voies génitales et de faire cesser une soustraction sanguine qui ne pourrait se prolonger sans amener la mort.

Le tampon se présente donc ici comme une planche de salut, et M. Bailly conseille d'y recourir sans trop tarder. Le tampon de charpie convient encore chez une accouchée, mais un solide ballon de caoutchouc réussit tout aussi bien bien, et est d'une application beaucoup plus prompte. Cet appareil contribue par une double action à arrêter la perte : d'une part, en remplissant le vagin, il s'oppose à l'écoulement du sang et le retient dans les vaisseaux de la matrice ; d'autre part, il irrite l'utérus et y fait naître des contractions très-fortes qui ferment les orifices vasculaires. Aussi, après qu'on l'a appliqué, les femmes se plaignent elles d'éprouver des coliques plus vives, et la perte ne tarde-t-elle pas à s'arrêter.

Ce précepte de tamponner une accouchée, dit M. Bailly, je le donne sans crainte et sans aucune hésitation, parce que j'ai la certitude qu'il est bon. Cependant son utilité est contestée par quelques personnes qui le considèrent même comme dangereux dans ces conditions. « L'obturation du vagin, dit-on, est rationnelle ; elle est utile pendant la grossesse et le travail lorsque l'utérus, rempli par l'œuf, ne peut recevoir une quantité un peu forte de sang dans sa cavité ; mais après la délivrance, la matrice étant vide, le tampon ne va-t-il pas favoriser la production d'une perte interne, plus dangereuse que la perte externe ? » M. le Dr Legouais, dans le remarquable article qu'il a consacré au tamponnement du vagin dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, s'est fait l'écho de ces craintes, que l'expérience ne justifie pas.

Qu'on se rassure, en effet, la perte inerte chez une accouchée

est beaucoup moins à redouter qu'on se l'imagine. M. Bailly ne l'a jamais vue se produire chez les femmes qu'il a tamponnées après leurs couches. Si, en effet, par des excitations manuelles et par l'usage de l'ergot de seigle, on maintient l'utérus contracté, la tension sanguine ne pourra pas vaincre la tonicité de ce viscère, le distendre et donner lieu à une accumulation de sang de quelque importance. Il est du reste facile d'empêcher cette distension de la matrice et la formation d'une perte interne en exerçant sur le ventre une compression méthodique au moyen de serviettes superposées et maintenues par un bandage de corps.

Les dangers supposés du tampon ne sont plus dès lors à redouter. Qu'on y prenne garde d'ailleurs ! Rejeter le tampon du traitement des hémorrhagies qui suivent l'accouchement, n'est-ce pas laisser celles-ci sans traitement sérieux, et exposer l'accouchée aux plus graves dangers ? En effet, les autres moyens de traitement de ces pertes sont si peu sûrs, leur action est si lente, si douteuse, qu'il n'y pas grand fond à faire sur eux : l'élévation du siége, l'application de sinapismes sur les seins ; la ligature des membres supérieurs, les réfrigérants, la compression de l'aorte, n'empêcheront pas, dans beaucoup de cas, la persistance de l'écoulement sanguin et l'affaiblissement progressif des malades.

Les injections intra-utérines sont d'une efficacité douteuse et ne sont pas inoffensives si on emploie des solutions acides ou astringentes un peu fortes. Un seul agent vraiment sûr, le tampon, s'offre donc à ce moment au praticien, et on l'emploiera sans crainte, conformément au précepte qu'en donnent Leroux, Chevreul, Baudelocque, etc. On aura soin de maintenir en place la double application hémostatique (compression du ventre et tampon) pendant huit ou dix heures au moins, c'est-à-dire pendant le laps de temps nécessaire à l'organisation solide de caillots oblitérateurs à l'intérieur des vaisseaux divisés et à l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

Les applications froides sur l'hypogastre et les cuisses deviennent inutiles après l'usage du tampon, que M. Bailly recommande de préférence à tout autre moyen, et comme elles sont souvent dangereuses en déprimant encore les forces chez une femme qui a beaucoup perdu, il ne les mentionne que pour les proscrire absolument.

Même observation relativement aux médicaments hémostatiques qui s'administrent par la bouche (astringents, balsamiques, etc.). Leur utilité, toujours fort problématique à ce point de vue, serait d'ailleurs plus que compensée ici par l'inconvénient de nuire à l'administration des spiritueux et des boissons alimentaires, qui peuvent devenir nécessaires à un moment donné.

Tétanos traumatique. — Traitement.

Nous avons publié dans les années précédentes (I, 566, 629, 730, II, 271) différents moyens pour traiter le tétanos, cette complication funeste, mais heureusement rare des plaies. Pendant la guerre de 1870-71, le Dr Girault traita ses malades en enveloppant d'ouate, abondamment imbibée d'éther ou de chloroforme, le cou, les bras, les jambes de ses malades et dit avoir obtenu quelques succès par ce traitement. Le Dr Vaissette vient d'obtenir un succès par l'administration du chloral et de l'opium à l'intérieur et par les injections intra-musculaires de chloroforme.

Voici son observation :

Un garçon de 8 ans avait eu le doigt indicateur gauche complètement coupé au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne par un instrument qui sert à tailler les mûriers. Mauvais pansement consécutif de la plaie. Douze jours après, symptômes caractéristiques de tétanos : opisthotonos très-prononcé ; trismus; tous les muscles du tronc, sans exception, ceux du cou, du dos, de l'abdomen sont dans un état de contracture tel, que l'auteur n'en a jamais vu d'aussi prononcé, même dans les pays chauds. Crises rapprochées d'asphyxie. Potion avec 5 grammes de chloral hydraté et 15 centigrammes d'extrait thébaïque. En même temps, injection hypodermique de 1 gramme de chloroforme dans l'épaisseur de chaque masséter.

Au bout de quarante-huit heures, en ayant soin de tenir l'enfant enveloppé de bouillottes pour provoquer une forte sueur, les crises cessent ; la raideur persiste, mais les souffrances sont moindres.

Pendant huit jours, administration de 3 à 5 grammes de chloral, associé à 5 centigrammes d'extrait thébaïque ; pendant trois semaines, tous les trois ou quatre jours, injections hypodermiques de chloroforme, tantôt dans un muscle, tantôt dans un autre.

Au bout d'un mois, on commence à lever l'enfant. Il mange et peut être considéré comme hors de tout danger. Il s'est complètement rétabli.

Voici une autre observation que nous empruntons au *Journal of nervous and mental disease* (avril 1877), dans lequel le Dr Thorpe a dû une guérison à l'aconit employé à hautes doses.

Un garçon de 14 ans portait à la plante des pieds une plaie pénétrante. Pas de symptômes sérieux pendant une semaine. Au bout de ce temps, trismus et raideur du cou. Deux jours après, en outre de ces symptômes, raideur des muscles de l'abdomen, douleur vive dans le cou et dans le dos, opisthotonos ; pouls 120 ;

température, 40; respiration difficile. Apparence gangréneuse de la plaie. Traitement : pansement phéniqué à l'intérieur, 8 gouttes d'aconit toutes les deux heures. Pas de modification du tétanos au bout de deux jours ; alors purgatif contre la constipation ; teinture de belladone sur le rachis ; à l'intérieur, 12 gouttes de teinture d'aconit toutes les deux heures. Au bout de trois jours, amélioration de tous les symptômes. On continue l'aconit pendant cinq jours, 12 gouttes toutes les deux heures. Convalescence lente, mais guérison parfaite.

Le *Lyon médical*, de son côté, publie une observation dans laquelle la belladone fut associée au calomel. Laissons la parole au Dr Médard qui soigna le blessé :

Le 25 mars dernier, le nommé B..., homme d'équipe à Feurs, eut la phalangette du médius droit écrasée à la suite de la manœuvre malheureuse d'un frein de wagon. Cet homme est âgé de 35 ans ; il jouit d'un tempérament nervoso-sanguin, qui lui permet de développer beaucoup de forces, bien qu'il soit d'apparence débile. Jusqu'au 10 avril, rien de particulier, j'avais pu conserver la phalangette, et la plaie marchait rapidement vers la cicatrisation; ce jour-là, il vint se faire panser comme à l'ordinaire, et je fus surpris de l'état particulier de son faciès, les masséters étaient fortement contracturés. B... avait de la peine à ouvrir la bouche. Il y avait un trismus manifeste. La veille, il s'était endormi pendant quelques heures, à moitié déshabillé sur son lit, la croisée ouverte. Il se réveilla en éprouvant quelques frissons. Il était évident que le refroidissement de la veille avait provoqué le trismus. Je le soumets à une forte transpiration, le trismus persiste ; en outre, à partir du 12, il se plaint de douleurs très-vives à la face antérieure des cuisses.

12. — Je commence le traitement par la belladone et le calomel, la belladone pour vaincre le spasme tétanique, le calomel pour s'opposer à la constipation, symptôme si fréquent dans le tétanos. Je fais faire vingt pilules renfermant chacune 0,01 d'extrait de belladone et 0,05 de calomel.

13. — Nuit très-agitée, pouls régulier, fréquent, à 110, trismus moins prononcé, rigidité très-prononcée des cuisses et des jambes. Même traitement.

14. — Légère amélioration, douleurs moins vives.

15. — La plaie du médius suppure abondamment, les douleurs des cuisses ont augmenté, les reins se cambrent, la cage thoracique se renverse en arrière, l'opisthotonos apparaît à l'horizon. Je songe aux injections d'atropine; je fais faire une solution de 0,05 pour 10 grammes d'eau.

16. — Je débute par une demi-seringue, soit en poids 0,005. Cette injection fut faite sur la région lombo-dorsale le 16, à neuf

heures du soir. Une heure après les symptômes d'intoxication apparaissent : diplopie, sécheresse de la gorge, agitation tellement grande, que quatre hommes d'équipe, et ils sont vigoureux, ont de la peine à le maintenir sur son lit. Les cuisses et les jambes ne sont plus contracturées, elles participent à l'agitation générale. Pour mettre fin à cette scène pénible pour les assistants, et aussi pour m'édifier sur l'antagonisme existant entre l'atropine et l'opium, je fis dissoudre 0,03 de chlorhydrate de morphine dans 3 gr. d'eau, et j'injectai sur l'abdomen le tiers de la solution, soit 0,01. Vingt minutes ne s'étaient pas écoulées que tout désordre cessait et que le malade commençait à ressentir les effets de la morphine ; il dormait. Il avait donc suffi de 0,01 de ce médicament pour annihiler les effets de 0,005 d'atropine, et cela entre quinze et vingt minutes.

17. — Nuit bonne, remue les jambes et les cuisses. Je fis une injection de 5 gouttes de ma petite seringue, ce qui fait environ 0,001 d'atropine. Une heure après, crise légère qui dure vingt minutes ; puis le malade se lève et fait quelques pas dans sa chambre.

18. — Journée très-bonne.

19. — Le malade ne veut plus d'injections.

20. — Nouvelle crise à dix heures du soir. Constatant une sorte de périodicité, et vu la constitution médicale du pays, je prescris 1 gr. de quinine en quatre fois, de deux heures en deux heures.

21. — Journée très-bonne. Sur les dix heures du soir, léger redoublement. B... tousse un peu. A l'auscultation je constate quelques râles sibilants dans les grosses bronches. Je lui prescris des pastilles de kermès. Du 22 au 25, l'amélioration persiste et augmente tous les jours. A cette date je le fais entrer à l'hôpital de Feurs pour le faire bénéficier des bains de vapeur. B... en prend douze et sort de l'hôpital, le 10 mai, assez fort pour reprendre le métier fatigant d'homme d'équipe. Depuis cette époque pas de rechute, seulement un peu d'hypéresthésie des membres inférieurs, surtout par les changements de temps.

Les injections intra-utérines en dehors de la puerpéralité.

Approuvées par les uns, rejetées par les autres, les injections intra-utérines sont, quoique disent leurs détracteurs, un puissant moyen thérapeutique ; mais il faut bien en préciser les indications et les contre-indications : il faut aussi être en garde contre les accidents qu'elles peuvent déterminer.

Parmi ceux-ci, notons la péritonite, la pelvipéritonite, la métrite et les accidents purement nerveux.

Le Dr Beltz, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, a étudié à nouveau cette question et précise ainsi le manuel opératoire :

Les précautions recommandées dans ce but se rapportent à la malade et au procédé opératoire.

Voici, en ce qui concerne la malade, les règles les plus indispensables : ne jamais opérer au moment de la fluxion qui précède ou suit la période cataméniale; s'assurer par un examen minutieux de l'état du péritoine pelvien et des annexes, de la sensibilité et de la mobilité de l'utérus; demander au cathétérisme utérin tous les renseignements qu'il peut fournir. Si les orifices du col sont rétrécis il faut les dilater par l'éponge préparée ou la laminaria.

Enfin, si rien ne presse, il est bon, avant d'agir, d'observer le plus longtemps possible la malade et la maladie.

Quant aux procédés, ils sont basés sur les notions plus justes que l'on possède aujourd'hui de la capacité utérine. Il est essentiel, en effet, que l'utérus ne soit pas distendu par le liquide injecté; c'est pourquoi il faut le faire pénétrer en petite quantité, très-doucement et s'assurer de son reflux, soit entre la canule et le col, soit par la canule même si on se sert d'une sonde à double courant.

Les liquides employés varient en raison du but qu'on se propose ; solution étendue d'un sel de plomb, de fer ou de zinc si l'on veut un effet astringent; solution argentique concentrée, teinture d'iode ou perchlorure de fer purs si on cherche un effet de substitution.

Dans tous les cas il est bon de faire une ou plusieurs injections d'eau tiède avant l'injection médicamenteuse ; cette pratique, outre l'avantage de nettoyer la cavité utérine et de désobstruer le col, permet de tâter la susceptibilité de l'organe et de mesurer la quantité du liquide qu'il peut contenir. Il est inutile d'entrer ici dans les détails de l'appareil instrumental ; dire qu'Hourmann s'était servi du clysopompe tandis que MM. Pajot et Gallard emploient une seringue graduée de la contenance de 4 grammes, c'est indiquer suffisamment les modifications qu'il a subies. Les sondes doivent remplir ces deux conditions : de pénétrer facilement dans le col et de permettre le reflux du liquide injecté.

M. Gallard recommande une sonde en gomme ordinaire, no 10 de la filière Charrière, qu'il introduit à l'aide des pinces utérines après avoir appliqué le spéculum de Cusco, dont une valve doit être en avant et l'autre en arrière du col, afin que l'injection ne puisse pas léser le vagin en sortant de l'utérus.

Indications. — Voici quelles sont, à ce sujet, les conclusions de M. Guichard, qui résument la pratique de M. Gallard : « Les injections utérines sont un moyen de traitement énergique ; elles doivent être réservées pour des cas pathologiques bien déterminés et après un examen minutieux des organes génitaux internes de la femme. Leur indication capitale réside dans la métrite interne chronique à forme hémorrhagique.

« Dans ce cas, le liquide qui a paru offrir le plus d'avantages a été le perchlorure de fer à 30°.

« Les injections intra-utérines ont été suivies d'heureux résultats dans les cas de métrite interne avec occlusion des orifices chez les vieilles femmes, dans les cas de rétention du flux menstruel, d'hémorrhagies dues à des tumeurs fibreuses et dans le cancer de la matrice. »

On le voit, pour M. Gallard l'indication de la méthode des injections est dans l'hémorrhagie passive symptomatique de l'utérus. Il y a renoncé dans l'endométrite chronique catarrhale. Marion Sims, au contraire, y a recours dans ce dernier cas, quand les autres moyens sont insuffisants.

M. Strohl, de Strasbourg, cite 29 cas de leucorrhée traités avec succès par l'injection d'eau blanche étendue (2 à 4 sur 500) ou de sulfate de zinc très-dilué ; mais les malades de M. Strohl étaient dans le service des vénériennes, il est donc probable qu'elles étaient affectées de leucorrhée blennorrhagique. M. Alphonse Guérin obtient, dans des cas analogues, des résultats satisfaisants par l'injection de solution de sulfate de zinc au 1/200e.

La guérison du catarrhe chronique non virulent exige, au contraire, l'emploi de modificateurs énergiques. Il faut dire, pour terminer, que des hommes très-autorisés, pami lesquels MM. Nonat et Courty, repoussent dans tous les cas cette méthode de traitement, ou se bornent aux injections d'eau tiède avant de porter les topiques dans la matrice. S'il m'était permis de parler du sujet autrement qu'en historien, dit M. Guichard, je formulerais ainsi mon opinion :

Les injections intra-utérines doivent être employées dans certaines formes d'hémorrhagie lorsque la santé des malades est profondément altérée et que les autres moyens de traitement n'ont pas réussi.

Imperforation du rectum chez un nouveau-né. — Incision. — Guérison, par le Dr Polaillon.

Les opérations faites pour remédier à ce vice congénital ne

sont pas toujours suivies du succès : c'est pourquoi il est bon d'enregistrer les cas heureux, tout en tenant compte des cas malheureux. Dans une des séances de la *Société de Médecine* de Paris, M. le Dr Polaillon communiqua une observation d'imperforation du rectum chez un enfant qui fut opéré par l'incision par les voies naturelles et qui fut suivie de guérison.

La nommée B..., femme S..., âgée de 34 ans, accouche, le 14 mars, de son sixième enfant. L'accouchement est naturel et ne présente rien de particulier. Les cinq enfants nés précédemment (3 garçons et deux filles) étaient à terme et bien conformés. Le sixième enfant est un garçon du poids de 2,280 grammes. Il ne présente aucun vice de conformation extérieure.

Le lendemain de sa naissance, cet enfant n'avait pas encore rendu de méconium. Il avait vomi des mucosités et le lait qu'on lui avait donné. Son ventre était ballonné.

On pensa à un vice de conformation de la partie inférieure du tube digestif. L'anus était normal. Mais en introduisant une sonde en gomme dans le rectum, elle se trouva arrêtée à une profondeur de *deux centimètres.*

L'enfant lui fut présenté le 15 mars, à dix heures du matin, vingt-six heures après sa naissance. Le doigt, introduit dans l'anus, fut arrêté, en effet, à une profondeur d'environ 2 centimètres, et on put reconnaître cette résistance élastique qu'on rencontre habituellement lorsque le rectum se termine par une ampoule imperforée que le méconium et les gaz distendent. L'enfant n'avait pas uriné, et, comme la malformation pouvait porter en même temps sur la vessie, une sonde fut passée à travers l'urèthre, et pénétra facilement dans ce réservoir. La sonde ne donna pas issue à de l'urine ni à du méconium, et fut retirée sans être souillée par ce produit excrémentitiel.

Il était indiqué de donner immédiatement issue aux matières intestinales, soit par la voie naturelle, soit par un anus artificiel pratiqué sur la paroi abdominale. Le premier procédé paraissait difficile, en raison de l'absence de la sensation de l'ampoule rectale et de la hauteur probable de l'imperforation. M. Polaillon résolut néanmoins d'essayer.

Un très-fin trocart explorateur fut introduit par l'anus et poussé dans la direction du rectum. En perforant les tissus, il produisit un petit bruit analogue à un coup d'aiguille donné sur une membrane tendue. Le trocart ayant été adapté à une petite seringue aspiratrice, des gaz et une petite goutte de méconium sortirent par la canule. Il était évident que l'ampoule rectale existait dans la direction où l'on avait enfoncé le trocart. Celui-ci fut retiré. Un bistouri pointu, ayant été entouré de sparadrap jusqu'à 3 ou 4 millimètres de sa pointe, et celle-ci ayant été protégée par une

boulette de cire, M. Polaillon dirigea ce bistouri, sur le doigt, dans la direction reconnue de l'ampoule rectale, et pénétra dans celle-ci. Immédiatement, une assez grande quantité de gaz s'échappa et le ventre s'affaissa. Mais du méconium ne s'était pas écoulé, et l'ouverture était probablement trop étroite. Une sonde cannelée fut alors introduite, et un bistouri boutonné ayant été conduit sur cette sonde, on débrida assez largement l'ampoule en arrière. Un écoulement de quelques gouttes de sang suivit cette opération.

Trois heures après l'opération, l'enfant n'ayant pas encore rendu de méconium, un lavement fut administré. Le liquide du lavement fut expulsé peu après, avec une grande quantité de méconium. Depuis ce moment, le méconium fut rendu régulièrement. L'enfant se mit à têter. Les fonctions digestives s'établirent d'une manière très-satisfaisante. Les matières fécales avaient un libre cours.

En un mot, la santé de l'enfant était parfaite lorsque la mère sortit de la Maternité.

Traitement local et préventif de la fièvre puerpérale.

Le Dr Fritsch considérant que la fièvre puerpérale est due à l'introduction de matières septiques et que ces matières n'acquièrent leurs caractères spécifiques que de leur siége d'origine et de l'état particulier des organes génitaux à cette époque, recommande l'adoption systématique des mesures anti-septiques, non-seulement dans le but de prévenir l'infection par la main de l'accoucheur ou de la sage-femme, mais encore d'enlever et de neutraliser les produits de décomposition qui peuvent se développer dans l'utérus lui-même.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a résumé ainsi les moyens prophylactiques recommandés par le Dr Fritsch :

D'abord, avant de pratiquer l'examen, il faut se bien laver les mains avec du savon, puis les frotter avec une brosse à ongles et une solution d'acide phénique contenant 30 grammes d'acide dissous dans 3 grammes de glycérine et 1 litre d'eau. Tous les instruments dont on doit se servir doivent être désinfectés par l'huile phéniquée. Avant l'examen, on y prépare la malade, si c'est possible, par un bain de siége dans lequel la vulve et le périnée sont soigneusement lavés au savon. Le vagin est ensuite lavé avec la solution phéniquée, qui ne le rend ni rigide ni rugueux.

Après l'accouchement, il faut faire particulièrement attention

à ce que l'écoulement des lochies soit libre. Dans la position ordinaire de la malade, les cuisses se trouvant sur un niveau inférieur aux parties voisines du matelas, la partie inférieure de l'excavation du sacrum se trouve plus bas que la commissure postérieure, de sorte que le liquide peut se collecter et atteindre un certain niveau avant de pouvoir s'échapper. Pour éviter les inconvénients de cette condition, le docteur Fritsch injecte une solution d'acide phénique à 2 pour 100 (l'acide salicylique ayant été trouvé trop faible pour agir comme anti-septique), à la température de 31 degrés, au moyen d'un irrigateur contenant au moins 1 litre de liquide, jusqu'à ce que celui-ci revienne entièrement incolore.

Pour l'injection dans l'utérus, Fritsch trouve que la meilleure espèce de cathéter est celui qui est fait d'argent, de 30 centimètres de long et de 6 centimètres de circonférence, et qui a une courbure un peu plus grande que celle du forceps. Il fait ces irrigations trois fois par jour, à six heures du matin, à une heure et à huit heures de l'après-midi, tandis que le vagin est lavé toutes les trois heures par la garde. Ces derniers soins doivent être donnés à toute femme en couches; mais l'irrigation de l'utérus n'a besoin d'être faite qu'après une opération, surtout dans le cas où le fœtus était mort et décomposé, où l'on a injecté du perchlorure de fer dans l'utérus pour arrêter une hémorrhagie, et où il y a eu la formation de caillots et l'accompagnement nécessaire du traitement; et enfin, dans les cas où il y a de la fièvre pendant plusieurs jours.

Les avantages de ce mode de traitement sont que l'orifice vulvaire cesse bientôt d'être douloureux; que l'œdème disparaît rapidement; que les plaies se cicatrisent sans formation de surface granuleuse; que la quantité de l'écoulement lochial diminue rapidement; que l'utérus se rétracte plus vite que par l'expectation, et que la température tombe même après la première inspection.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

— *Concours pour la nomination de trois internes à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône).* — Ce concours aura lieu le lundi, 9 décembre, à 9 heures du matin, devant un jury spécial composé de cinq membres. Trois séances seront consacrées à ce concours : dans la première, les candidats auront à traiter de vive voix une question d'anatomie et de physiologie, après dix minutes de préparation. Dans la deuxième séance, une question de pathologie chirurgicale, par écrit. Dans la troisième séance, une question de pathologie médicale, également par écrit.

Pièces à produire : 1° certificat de moralité ; 2° pièce prouvant qu'ils ont satisfait à la loi militaire ; 3° avoir moins de 27 ans accomplis ; 4° justifier de douze inscriptions.

— *Prix proposé par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.* — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris met au concours pour l'année 1879 la question suivante :

« Des avantages de la chirurgie à domicile étendus aux Sociétés de secours mutuels ; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service. »

Les récompenses consisteront en une ou plusieurs médailles d'or et d'argent.

Les mémoires devront être adressés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. le Dr Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

Avis aux étudiants. — MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les examens seront reçues à partir du 19 octobre les vendredis et samedis, de une heure à quatre heures ; 2° que le registre destiné à recevoir les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1877-1878 sera ouvert du mardi 16 octobre et au 15 novembre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de neuf heures à onze heures et de une heure à quatre heures.

Nécrologie. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. Asselin, libraire de la Faculté de médecine.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine qui finit le 6 septembre, la mortalité à Paris a été de 896, soit 14 de moins que la semaine précédente. Il y a eu augmentation légère de décès par rougeole, par scarlatine, par fièvre typhoïde, par bronchite et par pneumonie : il y a eu diminution de mortalité par le croup (18 au lieu de 32). La diminution la plus considérable a porté sur les cas *innominés* des maladies chroniques.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31


FER BRAVAIS (Fer Dialysé Bravais)
Seul adopté dans tous les Hôpitaux
Ordonné par tous les principaux Médecins
3 Méd., Exp. de Paris, Bruxelles, Philadelphie
de France et de l'Etranger, pour combattre :
ANÉMIE, CHLOROSE, ÉPUISEMENT
PERTES D'APPÉTIT, PAUVRETÉ DU SANG
FLUEURS BLANCHES, CONSOMPTION
DÉBILITÉ, FAIBLESSE DES ENFANTS
LYMPHATISME, DIGESTIONS DIFFICILES
Névralgies, Stérilité, Palpitations, etc.
Le Fer Dialysé dont M. Bravais a créé la vraie formule (fabriqué d'après les données qu'il possède seul et avec des appareils spéciaux), ne peut être imité. Il ne peut être que contrefait. Le public est donc prié d'exiger sur la capsule, l'étiquette ou le flacon, le nom, la signature et la marque de fabrique ci-contre, comme garantie.
DÉPÔT PRINCIPAL A PARIS
13, rue Lafayette
(Quartier de l'Opéra)
Usine et Fabrique à Asnières
Le plus bel éloge que l'on puisse faire de ce produit incomparable est de citer les appréciations du FER DIALYSÉ BRAVAIS faites par les premiers médecins de France et même de l'Europe :
« Bien que personne ne puisse assigner de limite aux découvertes de la science, dit un de ces médecins, je doute qu'on puisse jamais trouver un ferrugineux d'une efficacité plus énergique, plus absolue que le Fer dialysé Bravais, possédant des avantages supérieurs à tous les ferrugineux, sans avoir un seul de leurs inconvénients. »
(Envoi de la Brochure franco)
AUX CHEVAUX MARINS
ENGLISH DISPENSARY
Se trouve dans les principales Pharmacies de France et de l'étranger, où l'on trouve aussi le Sirop, les Pilules, la Liqueur et les Pastilles de Fer dialysé Bravais.

Troisième année. N° 38. 20 Septembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 20 septembre 1877.

Académie des sciences (20 août). — M. le Dr Tholozan a envoyé une note sur la peste qui s'est manifestée à Bagdad, pour la quatrième fois en 1877. Depuis quatre années successives, la peste s'est montrée épidémiquement en Mésopotamie : elle a résisté à tous les essais de quarantaine locale et de désinfection.

Une autre épidémie s'est développée en Perse, sur le littoral de la mer Caspienne. D'après ce qu'il a observé, M. Tholozan croit qu'il faut admettre qu'il y a eu, en Perse, au commencement de 1877, deux foyers d'origine de peste bubonique : l'un, presque insignifiant et éteint sur place; l'autre, étendu à une ville de 20,000 habitants, et menaçant, en ce moment, d'envahir le Guilan tout entier et peut-être d'autres parties du royaume.

Dans la séance du 3 septembre, M. le Dr Edouard Fournié a adressé une nouvelle communication en réponse aux observations de M. Bouillaud. Voici les points principaux de la communication de M. Fournié :

1° Le langage analogue à toute activité cérébrale est constitué par trois phénomènes essentiels : par un phénomène de sensibilité (*le mot entendu*), par un phénomène de mémoire (*le mot appris et retenu*), par un phénomène excito-moteur (*le mot exécuté par l'appareil vocal*). De ces trois phénomènes, ceux de sensibilité et de mémoire peuvent

seuls se suppléer dans les deux hémisphères; en d'autres termes, le mot peut être entendu et retenu dans la mémoire, bien que l'un des deux hémisphères soit lésé.

Au contraire, le phénomène excito-moteur ne jouit, dans aucun cas, des bénéfices de la suppléance. L'organe vocal, constitué par le larynx et les diverses parties de la face, est composé de deux parties symétriques, dont le mouvement est, par conséquent, sous la dépendance des deux hémisphères. Il suit de là que, dans la parole, l'action de l'hémisphère droit ne pourra pas être suppléé par l'action de l'hémisphère gauche, et comme d'un autre côté il n'est pas possible de prononcer un mot avec une seule moitié de l'appareil vocal, il en résultera ce fait nécessaire : que l'exécution de la parole sera impossible toutes les fois qu'une lésion aura atteint les parties qui président au phénomène excito-moteur, dans un des deux hémisphères. Malgré cette impossibilité, le souvenir du mot pourra ne pas être aboli, par suite de la suppléance réciproque des deux hémisphères.

Ces deux points essentiels, conclut M. Fournié, ne permettent pas d'accepter la localisation exclusive de la parole du côté gauche. Il reconnaît, avec MM. Broca et Bouillaud, que chez les aphasiques on trouve la lésion à gauche 90 fois sur 100; mais cela proviendrait tout simplement de ce que le côté gauche est plus souvent lésé que le côté droit. Pour M. Fournié, les deux hémisphères jouent un rôle indispensable dans l'exécution de la parole.

Académie de médecine (11 septembre). — M. Laborde communique à l'Académie le résultat des expériences qu'il a faites sur les chiens, en pratiquant des injections intraveineuses de salicylate de soude. Voici les conclusions de ses expériences :

1° L'action physiologique du salicylate de soude porte d'une façon prédominante, élective, sur les phénomènes de la sensibilité à la douleur ou consciente;

2° Le mécanisme de cette action réside dans l'influence exercée par la substance chimique, non pas sur la propriété conductrice du cordon nerveux sensitif, mais sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques;

3° Cette action du salicylate de soude sur les phénomènes

fonctionnels de sensibilité et, par conséquent, sur le siége organique cérébral de ces phénomènes, donne raison des effets produits par les symptômes douloureux dans l'état morbide, et c'est principalement à ce titre d'*analgésiant* que l'acide salicylique intervient dans la cure du rhumatisme articulaire.

M. Jules Guérin, à l'appui de son opinion que les lésions intestinales dans la fièvre typhoïde sont un *effet* et non une *cause*, met sous les yeux de ses collègues des pièces anatomiques provenant d'un sujet mort de fièvre typhoïde, et des dessins représentant la série des lésions intestinales observées dans cette maladie.

Ces pièces et ces dessins montrent les caractères des altérations intestinales typhiques, dans leurs rapports avec l'étiologie que M. Jules Guérin a indiquée; c'est-à-dire que ces désordres sont subordonnés à l'action vésicante et destructive des matières fécales, en contact avec la muqueuse de l'intestin, et qu'ils sont en rapport, en quelque sorte, avec la quantité, la qualité et, pour ainsi dire, l'âge du ferment.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Vaginisme.

Dans le n° 23 (7 juin) nous avons rapporté quelques cas de cette bizarre affection, désignée sous le nom de vaginisme, et dont notre confrère, le Dr De Ranse, avait déjà entretenu l'Académie. Dans l'*Union médicale du Nord-Est* (31 août 1877), M. le Dr Bax a publié une observation fort curieuse d'un cas de vaginisme. L'accouchement, dans lequel eut lieu une déchirure de la fourchette, amena la guérison. N'observons-nous pas les mêmes résultats dans le spasme de l'anus, qui guérit par la déchirure du sphincter? Il y a là une indication que nous soumettons à nos lecteurs. Voici l'observation, telle que la rapporte notre confrère :

Madame X... était très-jeune quand elle perdit sa mère. Son père l'avait élevée comme on élève une fille unique que l'on adore : il l'avait gâtée. Elle avait grandi, livrant son imagination à tous

les caprices. Quoique un peu timide et très-douce de caractère, elle était douée d'un cœur ardent, que son tempérament, nerveux au plus haut degré, était loin d'avoir maîtrisé. Elle était d'ailleurs fort jolie, et surtout d'une fraîcheur proverbiale, ce qui lui avait valu le surnom de « bouton de rose. » Dans ces conditions, elle ne pouvait ne pas être recherchée ; elle le fut par plus d'un prétendant. Sur le nombre, elle fit un choix ; mais je ne saurais dire par suite de quelles circonstances cet amour partagé ne conduisit pas à un mariage. Son futur contracta une autre union. Elle, peu de temps après, l'âme pleine de dépit, se maria à son tour à l'un de ses soupirants qui l'aimait éperdument, mais pour lequel elle n'avait pas senti d'inclination marquée. Ce mari n'était pas à dédaigner : il était jeune, bien fait de sa personne et surtout beau causeur; mais son caractère était vif, ses façons un peu brusques, d'ailleurs, ce n'était pas l'*autre*. Madame X... avait alors 22 ans.

Ici se placent des détails intimes, au courant desquels j'ai été mis un peu plus tard, en vertu de la double situation que j'ai eue auprès de M. et Madame X..., comme médecin et comme ami. M. X... déflora sa femme brutalement. Ce premier rapport conjugal ne put plus être renouvelé : à la moindre tentative du mari, la femme souffrait tellement qu'elle demandait grâce, et cela se renouvela très-longtemps, malgré toutes les précautions que l'un s'efforçait de prendre et la bonne volonté que l'autre essayait d'y mettre. Pendant quelques années, le coït conjugal ne fut qu'un vain simulacre, et tous les essais en furent inutiles. Il paraît cependant que quelquefois, pendant le sommeil de Madame, Monsieur avait pu accomplir son devoir d'une manière complète; mais cela arrivait rarement, car si, pendant que Madame dormait, l'acte avait pu débuter assez facilement, souvent celui-ci faisait survenir le réveil, et alors un spasme nerveux du vagin se faisant sentir, il fallait tout interrompre. Un médecin, ami de la famille, avait depuis longtemps diagnostiqué du vaginisme; tous les moyens employés pour faire cesser cet état avaient échoué. Toutefois, des douches vaginales à l'eau froide, souvent répétées, amenèrent une sédation assez marquée pour que le coït, encore pénible, pût s'accomplir en entier, et, comme conséquence, après treize ans de mariage, Madame devint enceinte. Elle avait toujours rêvé les joies de la maternité ; quoique l'affection se fut peu à peu produite dans ce ménage, il y régnait toujours un certain degré de gêne morale qu'un enfant ferait sans doute disparaître : jusque-là tout était pour le mieux.

La grossesse ne présenta rien d'anormal. La sage femme désignée pour faire l'accouchement avait, avant le terme, pratiqué le toucher, et ayant constaté une entrée très-étroite du vagin,

elle était très-inquiète sur la manière dont la parturition s'accomplirait.

Le moment de l'accouchement arriva (20 avril 187.). Celui-ci parut d'abord se faire d'une manière régulière, le travail débuta vers 6 heures du matin. Le toucher, que l'on pratiquait avec difficulté, était douloureux, car il provoquait toujours une contraction de l'entrée du vagin; mais, avec des précautions, on arrivait à suivre toutes les phases du travail qui, tout en étant lent, présentait rien de particulier. Vers 4 heures du soir, la dilatation parut complète; la tête était en O. I. G. A. A ce moment, les contractions utérines se rapprochant, devinrent plus énergiques et la poche des eaux se rompit spontanément; la sage-femme se mit à espérer que tout irait bien. Il paraissait même se faire un commencement d'engagement dans le bassin. Mais après plus d'une heure de ces dernières souffrances, les contractions allèrent en s'affaiblissant, et le détroit supérieur ne fut pas franchi. Malgré les petits moyens employés par la sage-femme, le travail resta complètement suspendu. C'est alors que je fus mandé. Il était environ dix heures du soir quand j'arrivai auprès de Madame X.... M'étant fait mettre au courant de la situation, je pratiquai le toucher et pus constater l'étroitesse et l'état spasmodique permanent de l'entrée du vagin. Depuis quelques instants les douleurs avaient reparu, mais elles étaient faibles, éloignées, et ne faisaient absolument pas avancer le travail. D'ailleurs, Madame X... était épuisée par la souffrance, et l'auscultation ne m'ayant pas révélé les battements du cœur fœtal, j'en conclus que si l'enfant n'était pas mort, il devait être bien souffrant. Je me décidai à appliquer le forceps.

Madame X... étant sur le bord du lit, dans la position classique, avant de procéder à l'application, j'essayai de dilater l'ouverture vulvaire, dans laquelle, sans cette précaution, je n'aurais jamais pu mettre le forceps. La dilatation, faite avec les doigts, ne me permit d'introduire que l'index et le médius de la main droite, lesquels atteignirent la tête, et c'est sur ces deux doigts que je guidai la branche mâle. Mais avant d'en venir là, il avait fallu traverser la vulve, ce que je ne pus faire qu'après avoir imprimé à la branche que je tenais de la main gauche, quelques mouvements légers de semi-rotation, en appuyant assez fortement sur la vulve, vers le milieu de son ouverture et dans la direction de son axe. Sous l'influence de cette manœvre, une petite déchirure de la fourchette se produisit, et ce fut grâce à elle que la partie gauche du forceps pénétra et put être mise en position. La branche femelle fut guidée sur l'index et le médius de la main gauche; elle franchit la vulve avec un peu plus de facilité que la précédente. L'articulation des branches fut un peu

difficile, mais l'ayant effectuée, après quelques tâtonnements, je commençai les tractions. La tête descendit sans grande difficulté et ne tarda pas à venir s'appliquer sur le plancher du périnée, qui se tendit fortement. Là sage-femme le soutenait de son mieux; grâce à l'aide intelligent qu'elle me prêta, la tête put franchir la vulve, sans que la déchirure du périnée augmentât et la vulve elle-même se laissa distendre sans résistance notable.

L'enfant était mort. Il présentait une singulière disposition du cordon : celui-ci, de l'ombilic passait entre les cuisses, remontait le long du dos, passait sur l'épaule gauche et faisait un tour complet sur le cou. Ce cordon était fortement aplati, et ses vaisseaux paraissaient vides de sang. Je supposai que, l'écoulement des eaux s'étant [fait, l'utérus, revenu sur l'enfant, avait comprimé ce cordon entre sa surface interne et le dos du fœtus, de manière à interrompre, d'une manière complète, la circulation fœto-placentaire, et j'attribuais la mort de l'enfant à cet accident encore plutôt qu'à la longueur du travail. J'essayai, en vain, pendant longtemps de rappeler cet enfant à la vie. Cependant, la sage-femme qui s'était chargée de la délivrance, m'avertit qu'elle ne pouvait y parvenir. Examen fait, je reconnus un enchâtonnement du placenta, que je pus cependant extraire sans trop de difficultés.

Les suites de cet accouchement furent très-simples : madame X... se rétablit assez promptement. La petite déchirure du périnée se guérit très-vite. Mais une tristesse profonde s'empara d'elle; elle avait vu le rêve le plus vif qu'elle eut fait depuis longtemps s'évanouir : elle n'était pas mère. Ce chagrin se tempérait quelquefois, car son vaginisme était complètement passé, et la copulation, qui avait toujours été difficile, s'accomplissait maintenant à souhait. Mais les mois s'écoulaient, et périodiquement les règles revenaient, lui apportant la preuve flagrante qu'une nouvelle maternité ne se préparait pas. Aussi, sa mélancolie s'accroissait de jour en jour. Elle quitta le pays avec son mari, que sa profession appelait dans une autre localité. Il y a quelques années de cela, et, depuis cette époque, M. le Dr Bax n'en a eu aucune nouvelle.

Traitement de la céphalée, par le Dr A. Corlieu.

Cette névrose cérébrale réclame les traitements aussi variés que les causes qui la déterminent.

La céphalée, de nature goutteuse ou arthritique, sera traitée

comme les diathèses. On aura recours aux révulsifs pour procurer sur la peau quelque irritation, aux sinapismes, aux vésicatoires, aux cautères, appliqués quelquefois à la nuque, le plus souvent au bras. On évitera les opiacés, qui tendent plutôt à congestionner le cerveau; mais on conseillera les antispasmodiques, comme la poudre de racine de valériane, à la dose de 1, 2, 3 grammes chaque jour; l'asa fœtida, à la dose de 1 à 3 gr. dans un quart de lavement.

La céphalée, qui accompagne la syphilis, réclamera le traitement antisyphilitique : le mercure et l'iodure de potassium.

La céphalée, qui est le résultat de lésions organiques dans le cerveau, offre peu de prise à la thérapeutique. Elle augmente ou diminue selon la marche des lésions organiques qui la déterminent. On la combattra par quelques révulsifs, pédiluves, purgatifs, etc.

La céphalée, qui dépend de la chlorose, de la pléthore, ou bien d'une sécrétion intempestivement tarie, comme la sécrétion lactée, ou bien d'exutoires, d'hémorrhoïdes maladroitement ou brusquement supprimés, ne guérira que lorsqu'on se sera adressé directement à la cause. Dans le premier cas, le fer et les toniques; dans le second cas, les émissions sanguines locales (sangsues à l'anus), les purgatifs répétés; dans le troisième cas, les purgatifs, les diurétiques, l'établissement d'un nouvel exutoire seront les moyens à employer. Les hémorrhoïdes supprimées seront rappelées par les sangsues à l'anus, 2 ou 3 tous les quinze jours ou tous les mois, par les purgatifs drastiques, aloétiques, par les suppositoires, dans lesquels entrera la poudre d'aloès à la dose de 1 à 2 grammes.

Il est une céphalée beaucoup plus rebelle, beaucoup plus tenace, et dont le traitement a été parfois abandonné par les médecins découragés à la combattre : c'est la céphalée nerveuse ou migraine.

Elle est rarement essentielle : elle est presque toujours sous la dépendance d'une cause étrangère, des fonctions menstruelles, des troubles digestifs, d'une trop grande contention d'esprit, du défaut d'exercice, d'émotions morales, de veilles prolongées, de fatigue des yeux, de l'impression de certaines odeurs, etc. Beaucoup de personnes ne peuvent reculer d'une demi-heure leur repas habituels sans être prises de migraine ou céphalée.

Il est évident que la première indication thérapeutique consiste à remédier à la cause déterminante, en conseillant les emménagogues, en régularisant les fonctions digestives, en prescrivant aux malades une vie très-sobre, l'usage du vin coupé avec beaucoup d'eau, d'aliments de facile digestion et peu abondants. On recommandera l'exercice au grand air; on fera éviter

de s'exposer au grand vent ou aux rayons d'un soleil ardent. La promenade à pied, l'équitation, l'exercice corporel sont indispensables. On évitera la trop grande contention d'esprit, les veilles prolongées, etc.

L'état de l'estomac attirera toute l'attention. Dès que l'on s'apercevra d'un embarras des premières voies, on prescrira les vomitifs : l'ipécacuanha, à la dose de 1 à 2 grammes en 4 à 5 paquets, une, deux ou trois fois par mois, selon les indications. Après les premières évacuations par en haut, on fera prendre un laxatif amer : eau de Sedlitz, d'Hunyadi Janos, de Birmenstorff, de Püllna, etc.; puis on aura recours aux stomachiques, aux infusions aromatiques de labiées, sauge, menthe, mélisse, etc., au thé léger. Le trèfle des marais, ou ményanthe en infusion, était considéré par Tissot comme le meilleur stomachique à employer en pareil cas. On peut également prescrire le quinquina, la petite centaurée, la gentiane, la quassia amara, en macération froide le matin à jeun, ou bien la conserve de genièvre, la valériane, la camomille, le chardon bénit. Si le malade éprouve des aigreurs, on fera prendre tous les matins la magnésie anglaise pure ou bien associée au charbon ou à la rhubarbe.

Les malades s'abstiendront d'aliments gras, de pâtisseries, de sucreries, de boissons acides, de boissons trop chaudes, qui sont lourdes et indigestes. Le lait a été préconisé par Wepfer et Fordyce, quoique blâmé par d'autres. Linnée se guérit d'une céphalée opiniâtre en buvant chaque matin un demi-litre d'eau fraîche et en faisant de l'exercice avant le dîner (Tissot, *Maladies des nerfs*, ch. XVI).

Quelques malades se sont bien trouvés de lotions froides journalières sur le creux de l'estomac, de bains fréquents, de douches froides, de pédiluves sinapisés.

Le café noir est excellent pour certains sujets, nuisible pour d'autres. On se trouve bien d'y ajouter le jus d'un demi-citron. Il y a là une question d'idiosyncrasie, dont le médecin sera juge.

(*A suivre*).

Traitement de l'ozène scrofuleux

L'ozène scrofuleux est une affection particulièrement pénible et pour le malade et pour son entourage.

Voici quelques traitements qui peuvent être mis en usage pour combattre cette lésion des fosses nasales, et que nous empruntons à M. le Dr Ory, qui les a publiés dans la *France médicale*.

Trousseau conseillait l'usage de poudres : voici plusieurs des formules qu'il prescrivait :

1° Sous-nitrate de bismuth...... Talc de Venise...............	15 grammes.
2° Chlorate de potasse.............	2 grammes.
Sucre porphyrisé..............	14 —
3° Précipité blanc.................	0.25 centigr.
Sucre porphyrisé...............	15 grammes.

Il conseillait de bien nettoyer préalablement les fosses nasales, à l'aide du reniflement d'eau tiède ou froide, et d'enlever les mucosités et les croûtes.

Debout prescrit :

Poudre de sous-nitrate de bismuth.	5 grammes.
Chlorate de potasse..............	1 —

Mêlez et portez sur les muqueuses malades. Suivre, en outre, un traitement par les eaux thermales sulfureuses, prendre de l'huile de foie de morue et une cuillerée à café matin et soir d'une solution arsenicale.

Arséniate de potasse.............	0.05 centigr.
Eau distillée......................	100 grammes.

On peut également prescrire de priser le mélange suivant :

Poudre d'iodoforme.............	1 partie.
Amidon........................	2 —

Percy a conseillé des injections dans le nez avec :

Alcoolé d'iode....................	3 grammes.
Acide phénique..................	6 gouttes.
Glycérine.........................	30 grammes.
Eau distillée.....................	150 —

On peut augmenter un peu la dose d'acide phénique.

Gailleton a insisté sur l'utilité des injections avec du sel.

Sel marin........................	1 gramme.
Eau	100 —

Faire dissoudre.

Voici comment on doit pratiquer les injections. On doit les faire abondantes, au moyen d'un irrigateur Eguisier. Le sujet étant debout, on introduit la canule dans une des narines, de manière à ce que cette canule obture la narine à laquelle elle est adaptée; le liquide, après avoir séjourné dans le nez, sort par l'autre narine; il est recueilli dans une cuvette. On doit faire des irrigations tièdes et les renouveler trois ou quatre fois par jour, à la dose de 4 à 5 litres au début.

Ces irrigations peuvent être faites avec des solutions astrin-

gentes, des décoctés de feuilles de noyer, de ratanhia, de feuilles de myrte.

Laillier, outre le traitement général, a fait pratiquer des injections dans les narines avec la solution suivante :

Eau..............................	500 grammes.
Hydrate de chloral...............	50 —

On doit projeter le liquide avec force et suivant un assez gros volume.

L'odeur repoussante de l'ozène a été également heureusement combattue avec des solutions d'hypochlorite de soude au 1/10e. On pourrait se servir de l'émulsion de goudron, formulée par Jeannel.

Carbonate sodique cristallisé pulv.	1 gramme.
Goudron de bois..................	1 —
Eau commune......................	100 —

Mêler le goudron et le carbonate dans un mortier, puis introduire le mélange dans un flacon, agitez et filtrez. Cette émulsion peut être employée à la dose de 5, 10 ou 15 grammes par litre d'eau.

Parmi les composés médicamenteux proscrits contre le coryza chronique et l'ozène, nous indiquerons encore ici une solution au tannin, indiquée par Davey.

Tannin...........................	0.1 décigr.
Glycérine........................	2 grammes.
Eau distillée....................	25 —
Hydrolat de roses................	5 —

Faire dissoudre.

On fait pénétrer dans les narines cette solution pulvérisée par l'appareil de Sales-Girons.

Traitement de la laryngite œdémateuse,

par MM. Peter et Krishaber.

Depuis une quinzaine d'années, on a à peu près délaissé les émissions sanguines. Des étudiants peuvent ainsi être arrivés à la fin de leurs études et savoir mieux faire une ligature d'artère ou une désarticulation que la phlébotomie. On reviendra à l'usage des saignées, soyons-en bien convaincus, et quelques sages praticiens ne se sont pas laissé entraîner dans cette mauvaise voie. M. Peter est du nombre.

Dans la laryngite œdémateuse, s'il constate des symptomes

inflammatoires francs, il n'hésite pas à prescrire la médication antiphlogistique. Voici le traitement qu'il conseille et que nous empruntons à l'*Union médicale.*

Si la laryngite œdémateuse est franchement inflammatoire, la médication antiphlogistique doit être largement pratiquée : une ou deux saignées générales, des applications de ventouses scarifiées à la région du cou, soulageront notablement, en diminuant l'inflammation et dégorgeant les tissus. A l'aide d'un appareil pulvérisateur on enverra, dans le fond de la gorge, de l'eau chargée d'une substance médicamenteuse, telle que le tannin ou l'alun. A défaut de pulvérisateur, on emploiera un simple irrigateur rempli d'eau astringente. On pourra également recourir aux cautérisations avec le nitrate d'argent, aux insufflations de tannin et d'alun, aux scarifications et à la déchirure des replis arythéno-épiglottiques. Ces deux dernières pratiques sont difficiles à appliquer ; mais, souvent, sous l'influence de la pulvérisation ou de l'irrigation médicamenteuse et des émissions sanguines locales, les accidents inflammatoires diminuent et finissent par disparaître.

Quand l'œdème de la glotte est dû à la tuberculose et au cancer, l'art est impuissant contre la maladie diathésique et contre la laryngite. Cependant, on pourra toujours recourir aux révulsifs cutanés, aux vomitifs et aux purgatifs, à moins que la marche du mal ne soit trop rapide et le malade trop épuisé. Dans l'œdème de la glotte occasionné par une nécrose, la ressource suprême est la trachéotomie, qui n'est trop souvent qu'un palliatif, mais qu'il importe de pratiquer avant que le malade soit trop affaibli, ou que l'asphyxie soit commencée.

DIVERS

Kystes de la thyroïde, par le Dr Ollier. — Nous avions l'intention de donner à nos lecteurs un résumé des séances du congrès du Havre pour l'avancement des sciences, mais la plupart des communications n'ont pas l'utilité pratique que réclame *Paris Médical.* Parmi les communications que nous avons entendues, nous en signalerons une de M. Ollier, de Lyon, sur les procédés qu'il emploie pour obtenir la cure radicale des *Kystes de la thyroïde.*

Cette opération passe pour une des plus graves de la chirurgie et cependant elle peut être faite sans grand danger. A Lyon, les kystes ne sont pas rares, on les observe beaucoup plus fréquem-

ment que dans les hôpitaux de Paris, aussi s'en occupa-t-on de bonne heure. Bonnet (de Lyon) avait une méthode que l'on connaît : il faisait, sur les hydrocèles du cou, des applications répétées de pâte de Canquoin. Mais ce traitement est horriblement douloureux et fort long. La douleur ne reste pas localisée dans les points attaqués par les caustiques, s'irradie le long du cou et de la tête vers le bras, vers la poitrine, et la souffrance est parfois véritablement intolérable.

D'autre part, la tumeur n'est pas aussi superficielle qu'on pourrait le croire, et il faut souvent des applications successives de caustique, qui durent plus de quinze jours avant d'ouvrir la tumeur; puis, la peau est ulcérée dans une très-grande étendue et laisse des cicatrices difformes fort désagréables, surtout chez une femme. Le procédé de M. Ollier est moins douloureux, plus expéditif et laisse des traces moins étendues.

Voici comment opère M. Ollier : il incise la tumeur et arrive jusqu'à elle en procédant couche par couche. Il rencontre le sterno-mastoïdien, souvent étalé sur la tumeur, il le dissèque avec soin, il le fixe à la peau, et arrive ainsi jusque sur la paroi du kyste. Il fait alors une large application de pâte Canquoin, qui modifie la paroi de la tumeur. Cette paroi se sphacèle et s'ouvre spontanément, mais il ne se fait pas d'hémorrhagie. Lorsque la poche est ainsi ouverte, M. Ollier passe un drain et fait de fréquents lavages dans l'intérieur de la poche. Il évite ainsi la transformation des matières organiques. Par ce procédé, M. Ollier a obtenu des résultats magnifiques.

Dangers des siphons d'eau de Seltz. — Tout le monde sait bien qu'il faut se défier des siphons d'eau de Seltz, que, par la grande chaleur, on apporte de la cave à la salle à manger. Le gaz peut se dilater brusquement et faire éclater le flacon de verre. Le cas est rare, car les siphons sont essayés à des pressions de 12 atmosphères; mais enfin, l'état moléculaire du verre peut se modifier à la longue et sa résistance diminuer. M. Henri de Parville, dans sa causerie scientifique du *Bulletin français*, appelle l'attention de ses lecteurs sur un autre cas d'explosion très-peu connu, si même il a été déjà indiqué.

Un flacon, dit-il, nous a éclaté entre les mains; nous pouvons donc en parler en connaissance de cause.

Il pourrait arriver à quelqu'un de songer à rafraîchir un siphon en le plongeant dans un seau d'eau très-fraîche, d'eau de puits, par exemple, ou même dans de l'eau glacée. Dans ce cas, il peut y avoir danger d'explosion : 1° si le siphon n'est pas plein; 2° si l'eau glacée ne s'élève qu'au quart ou à la moitié de la hauteur du siphon.

En effet, dans ces circonstances spéciales, la partie du flacon trempée dans l'eau est brusquement portée à une basse température : il y a contraction de cette région, l'équilibre est rompu, et le verre se brise. En même temps, peut-être, l'eau froide condense le gaz intérieur : il y a aussi, de ce chef, brusque variation de pression à l'intérieur, et le flacon peut se briser.

Il importe, quand on veut rafraîchir un siphon, de le plonger brusquement et tout entier jusqu'à la partie supérieure, dans l'eau froide, et il est bon aussi de ne refroidir que les siphons pleins; on évitera ainsi un accident qui peut devenir grave, car, quand un siphon éclate, il se brise et se fend en un très-grand nombre de morceaux, qui peuvent atteindre les yeux ou d'autres organes essentiels. On le voit, si la chaleur peut briser un siphon, le froid peut tout aussi bien être à redouter.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude d'une variété de rétrécissements du rectum, par le Dr Albert GARSAUX.

Cette variété de rétrécissements du rectum n'est pas commune, aussi l'attention des chirurgiens n'a-t-elle guère été appelée sur ce sujet. Elle reconnaît presque toujours pour cause la dysentérie. Ces rétrécissements sont dus à la présence d'une bride sous-muqueuse, et siégent à trois centimètres environ au-dessus de l'anus et ils occupent toujours la région postérieure. Outre la dysentérie, ils reconnaissent aussi quelquefois pour causes la compression longtemps prolongée, comme dans la grossesse, la rectite, la pédérastie, la syphilis.

Les symptômes consistent dans la constipation, dans l'impossibilité de garder les lavements, dans la présence d'une tumeur dure, bosselée, siégeant dans l'abdomen au-dessus du rétrécissement et appréciable au palper. La forme des matières fécales est caractéristique : tantôt elles ressemblent à des lombrics, tantôt elles sont ovoïdes, rubanées, triangulaires. Le séjour prolongé des matières au-dessus du rétrécissement amène une irritation et une sécrétion plus ou moins abondantes de mucus glaireux, opaque, purulent, sanguinolent. La douleur est un symptôme tardif: elle est atroce pendant les efforts de défécation. Dans l'intervalle des selles, on observe quelquefois une incontinence des matières fécales : il y a, pour ainsi dire, défécation par regorgement. A cette période, il survient quelquefois, dans le voisinage de l'anus, de la rougeur suivie d'un petit phlegmon et de

trajets fistuleux qui siégent sur les parties latérales, à 3 ou 4 centimètres. Le praticien devra tenir compte des antécédents, de l'absence de condylomes, de la variété des fistules, du siége et de la forme pour établir son diagnostic.

Voici en quoi consiste le traitement chirurgical :

Une heure avant l'opération, on administre un lavament afin de débarrasser l'ampoule rectale. Le malade est placé transversalement sur le bord du lit, comme pour la taille. Le chirurgien introduit l'index gauche, et conduit le bistouri à plat sur cet index qui lui sert de conducteur. Arrivé au niveau du rétrécissement, il tourne le tranchant du côté de la paroi postérieure, et pratique, en sciant, une incision sur la ligne médiane, dont la profondeur est déterminée par l'épaisseur du rétrécissement. Au moment de l'incision, le tissu crie sous le couteau et rappelle par sa dureté la consistance du tissu fibreux. Une fois l'incision faite, le chirurgien retire le bistouri et explore le rectum avec l'index gauche. Si cette incision était insuffisante, on pourrait pratiquer de petits débridements latéraux, mais en ayant soin de ne pas aller trop loin. On laisse reposer le malade pendant dix-huit ou vingt heures avant d'introduire des mèches, que l'on emploie de plus en plus petites, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Ecole pratique. — Les exercices de dissection commenceront à l'École pratique le lundi 22 octobre. M. Sée, chef des travaux anatomiques, ouvrira son cours le 6 novembre. Il traitera des questions suivantes : « abdomen et membres. »

Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Hôpital de Berck-sur-Mer. — Avis aux étudiants en médecine : Les deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), se trouveront vacantes à partir du 1er janvier 1878. L'administration croit devoir porter à la connaissance de MM. les étudiants en médecine que, dans le cas où ces deux places ne seraient pas demandées soit par des internes titulaires ou provisoires en fonctions, soit par des internes titulaires ou provisoires à nommer à la suite du prochain concours, elle ouvrira, dans les premiers jours de l'année prochaine, un concours spécial pour la nomination aux deux places d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer. Seront admis à prendre part à ce concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris; les élèves en médecine de troisième année au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux

de Paris. Une affiche ultérieure fera connaître l'époque du concours, ainsi que les épreuves auxquelles seront soumis les candidats. — Nous espérons que ces places seront prises par deux internes titulaires, si l'Administration est bien décidée à accorder deux places d'interne de plus, à la condition d'aller à Berck-sur-Mer.

Académie de médecine. — Le Secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées, la donation faite par madame veuve Henri Buignet, consistant en un titre de rente, 3 pour 100 sur l'État, de 1500 fr., pour la fondation d'un prix annuel de pareille somme, qui portera le nom de *Prix Henri Buignet.*

Obsèques de M. Asselin. — Jeudi, 13 courant, à l'église Saint-Sulpice, ont eu lieu les obsèques de M. Asselin (Pierre-Michel), libraire de la Faculté de médecine, décédé, le 10 septembre, à la suite d'une pneumonie compliquée d'affection cardiaque, à l'âge de 57 ans. Asselin appartenait réellement à la famille médicale, par les relations journalières qu'il avait avec elle. Neveu de l'éditeur L. Labé, il reprit sa maison et l'augmenta. Asselin était aimé et estimé de tous ceux qui étaient en relation avec lui. Jamais il n'eut la moindre contestation avec les auteurs dont il éditait les ouvrages; il savait rendre à chacun la part qui lui revenait; aussi sa perte sera-t-elle vivement ressentie par le monde médical. Il avait un excellent cœur, aimait à rendre service, par sa bourse, par ses démarches, par ses recommandations, par ses bons conseils. La médecine humaine et la médecine vétérinaire perdent beaucoup dans la personne d'Asselin.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine qui finit le 13 septembre, la mortalité à Paris a été de 807, soit 89 de moins que la semaine précédente. Il y a eu diminution de fièvre typhoïde, de rougeole, de diarrhée cholériforme des jeunes enfants; très-légère augmentation de croup et d'angine couenneuse. La diminution la plus remarquable porte sur les *autres* maladies aiguës : 230 décès par cette *cause* cette semaine, au lieu de 346 la semaine dernière.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Bromure de zinc et Bromure de potassium, Bromure arsenical.

Au nombre des médicaments qui ont affirmé leur droit de cité dans la thér-
tique, par une suite de longs services consacrés par l'expérience, il faut rang
Bromure de potassium; ce médicament restera sans doute encore longtemps le s
cifique par excellence des névroses. Toutefois, beaucoup de médecins ont rec
que, dans certains cas, ce médicament, généralement héroïque, restait impuissan
l'on a pu dire que le Bromure de potassium était, en quelque sorte, la pierre de to
de certaines affections nerveuses non encore cliniquement classées. Un des repro
les mieux justifiés qui ont été adressés au Bromure de potassium, c'est de débi
outre mesure certains malades. C'est ainsi que l'on voit ceux-ci maigrir beauc
perdre l'appétit, en dépit des toniques administrés pour relever leurs forces. L'a
exercée par le Bromure de potassium sur les facultés intellectuelles s'est mo
souvent déplorable : l'affaissement le plus complet, la perte absolue de la mém
ont été, dans un grand nombre de cas, le résultat immédiat de l'administrati
haute dose de ce médicament.

En présence de ces accidents, le rôle du médecin est tout tracé : il faut suspe
la médication et donner à l'organisme le temps d'éliminer le médicament. Mais,
terrompre le traitement c'est, dans beaucoup de cas, permettre aux crises de re
et compromettre le résultat obtenu.

Dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, nous voyons qu'on a fait, d
les laboratoires de la Faculté, des expériences qui ont démontré que le Bromu
zinc agit sur les centres nerveux encéphalo-médullaires, et particulièrement peut-
sur la moelle épinière et sur le bulbe rachidien. Non-seulement le Bromure de zi
le même mode d'action que le Bromure de potassium, mais il résulte de nos e
riences et de celles faites dans les hôpitaux de Paris, que le Bromure de zinc a
plus faible dose que le Bromure de potassium, sans avoir ses inconvénients. Le B
mure de zinc ne fatigue pas, bien qu'on puisse le donner à dose quotidienne a
élevée et longtemps prolongée. Il a donné de bons résultats dans des cas où le B
mure de potassium s'était montré impuissant.

Enfin, si un malade, soit par saturation, soit par anémie bromurique, se tro
dans l'impossibilité de prendre du Bromure de potassium, le Bromure de zinc p
permettre d'attendre l'élimination du Bromure de potassium, ainsi que le relèvem
des forces du malade, en continuant, pour ainsi dire, le bon résultat obtenu pa
similitude de son action physiologique. Ce sont là des résultats qui nous ont p
mériter l'attention du monde médical.

Le Bromure de zinc, que l'on trouve, du reste, rarement dans le commerce, est s
vent impur et toujours très-altérable. Il demande à être spécialisé, aussi somm
nous heureux d'avoir trouvé pour répondre à ce besoin.

Le Sirop et les Pilules de Bromure de zinc, que prépare M. Freyninge — avec l
quels nos expériences ont été faites, — son sirop de Bromure de zinc à l'éc
d'oranges amères contient 50 centigr. de Bromure par cuillerée à soupe, et cha
pilule 20 centigrammes.

Ces préparations, suivant les cas ou l'âge du malade, peuvent être administr
progressivement depuis la dose de 20 centigr. jusqu'à la dose de 3 ou 4 grammes p
jour. A petite dose, le Bromure de zinc produit souvent un excellent effet, et on po
alors faire usage des pilules; mais à la dose de 1 ou 2 grammes, il sera préférable
faire usage du sirop.

Dans tous les cas, le médicament devra être pris immédiatement avant les rep
les pilules dans une cuillerée d'eau, le sirop délayé dans un demi-verre d'eau pure
sucrée.

Nous devons mentionner aussi que dans les cas de névroses, ou la dépression p
sique et morale est très-considérable, les Pilules de Bromure de zinc arsenical co
tenant 5 centigr. de Bromure de zinc et 1 milligr. de Bromure d'arsenic, nous o
donné les meilleurs résultats à la dose de 4 ou 5 pilules par jour.

Troisième année. N° 39. 27 Septembre 1877.

PARIS MÉDICAL

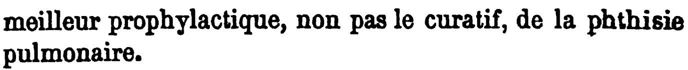
Paris, 27 *septembre* 1877.

Académie de médecine (18 septembre). Bien que les banquettes soient peu garnies, deux communications ont été faites à la dernière séance : l'une par M. Lagneau, candidat à un fauteuil dans la section d'hygiène; l'autre par M. Rochard, sur le tænia de Syrie.

M. Lagneau s'est surtout occupé, dans sa lecture, des mesures propres à diminuer la fréquence de la phthisie, qui entre pour près d'un cinquième dans la mortalité générale.

Les influences climatologiques étant insuffisantes pour expliquer l'absence ou la fréquence relative de la phthisie dans les divers pays, M. Lagneau montre que la misère et l'insuffisance d'alimentation qui en est la conséquence, ne peuvent non plus les expliquer.

S'appuyant sur les recherches de Boudin, de Champouillon, de Benoiston de Châteauneuf, de Lombard, de Marmille, etc., M. Lagneau arrive à déduire que la phthisie se montre principalement chez les personnes vivant renfermées, casernées, se livrant à des occupations sédentaires, dans une attitude assise, courbée, faisant obstacle au complet fonctionnement des organes respiratoires, et il est amené à penser que, pour prévenir le développement de la tuberculose pulmonaire, non-seulement il faut un renouvellement constant de l'air ambiant, qu'il soit chaud ou froid, sec ou humide, à une pression borométrique haute ou basse, mais aussi il faut que, par suite d'occupations actives, cet air, largement inspiré, pénètre profondément les vésicules pulmonaires. L'air *intrà et extrà* semble être la



meilleur prophylactique, non pas le curatif, de la phthisie pulmonaire.

Au nombre des mesures d'hygiène publique prophylactique, après avoir exprimé le regret qu'une centralisation administrative exagérée et des travaux publics trop considérables entraînent de plus en plus les ruraux vers les villes, M. Lagneau indique la création de gymnases gratuits, la fondation de prix encourageant tous les exercices de corps; il propose d'ouvrir des cours gratuits de chant, d'établir de petites et nombreuses maisons agricoles bien aérées, soit à proximité des villes, soit sur le littoral, soit sur les montagnes, pour y recevoir les valétudinaires ou les personnes délicates ou prédisposées à la phthisie, etc., de donner plus de temps aux récréations et aux exercices physiques dans les lycées; de substituer aux casernes, si fatales aux soldats, les camps ruraux, etc.

Toutes ces idées, émises par M. Lagneau, ne sont pas neuves; quelques-unes sont applicables, les autres sont de l'utopie. M. Lagneau parle comme un homme honnête qui a toujours vécu et qui vit au milieu de l'aisance. Si M. Lagneau était un peu plus mêlé avec la population malheureuse, s'il était seulement pendant quelque temps médecin d'un bureau de bienfaisance, s'il voyait la misère comme la voient ses confrères de l'Assistance publique, il comprendrait qu'on ne peut pas *décréter* l'aisance, le bien-être, pas plus que la victoire, et que ses opinions, bien que justes, se heurteront contre l'impossibilité.

Après M. Lagneau, M. Rochard a pris la parole pour communiquer à l'Académie les renseignements qui lui ont été fournis par un médecin de la marine, M. le Dr Talairach, sur le tænia de Syrie. De sa lecture, il résulte que la géographie médicale de ce cestoïde peut être rectifiée. En laissant au botriocéphale le nord de l'Europe, une partie de la Suisse et ces régions de l'Inde qu'on ne fait que soupçonner, on trouve le *tænia solium* presque seul dans les pays où la viande de porc se mange presque crue. C'est le cas de l'Allemagne tout entière. En France, où l'on n'a pas de telles habitudes, où le ver solitaire était rare autrefois, on trouve très-fréquemment aujourd'hui le *tænia inermis*, depuis que la mode s'est répandue d'alimenter les phthisiques et les autres débilités avec de la viande de bœuf

crue. Le *tœnia inermis* se rencontre, à l'exclusion de tout autre, dans tous les pays musulmans où la chair de porc inspire une horreur véritable. C'est lui qu'on trouve en Syrie, en Algérie, et probablement en Abyssinie. C'est encore lui qu'on doit s'attendre à rencontrer dans tout le reste de l'Afrique; mais ce ne sont là que des présomptions, et c'est surtout dans les questions de parasitisme qu'il ne faut rien avancer que sur des preuves.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement de la céphalée, par le Dr A. Corlieu.

(Suite et fin).

Guidé par le caractère périodique de la céphalée, Debout conseilla le sulfate de quinine uni à la digitale (1). Ce mélange lui a procuré quelques succès. Voici la formule qu'il avait adoptée :

℞	Sulfate de quinine................	3 grammes.
	Poudre de digitale................	1 gr. 50
	Sirop de sucre...................	Q. s.

F. s. a. 30 pilules, à prendre une chaque soir en se couchant, pendant au moins trois mois.

Grâce à ce traitement, continué pendant cinq mois sans interruption, le Dr Serre, d'Alais, se guérit radicalement d'une forte céphalée. Il communiqua à Debout (2) plusieurs observations analogues, parmi lesquelles nous citerons les suivantes :

Une dame d'A..., âgée de 50 ans, travaillée par la migraine mensuelle depuis près de vingt-cinq ans, guérit en trois mois en prenant tous les soirs sa pilule.

Même résultat chez un pasteur Wesleyen, pour une migraine de vieille date revenant tous les huit jours.

Femme âgée de 55 ans : ancienne migraine hebdomadaire; pilules pendant trois mois; absence d'accès pendant deux ans; récidive; guérison par la reprise des mêmes pilules.

M. C..., membre du conseil général, guérit à la suite du remède

---

(1) Bulletin de thérapeutique, t. LII, p. 114, 217.
(2) Bulletin de thérapeutique, t. LVIII, p. 308.

pris et repris après trois interruptions successives; périodicité semi-mensuelle.

Cinq autres hémicraniques, de 35 à 45 ans, guéris en trois, quatre, cinq et six mois, par les pilules ci-dessus.

Cependant, Serre d'Alais n'a pas toujours réussi : il eut quatre insuccès.

Dans les cas rebelles, on peut hardiment augmenter le nombre des pilules. Le D[r] Allut fait prendre 4 pilules le jour de l'accès.

Une fois l'accès arrivé, on fera prendre le café noir avec le jus de citron; on maintiendra le malade dans l'obscurité, le silence et la solitude. On frictionnera les tempes deux ou trois fois par jour avec gros comme un pois de la pommade suivante, conseillée par le D[r] Debreyne :

℞	Extrait de belladone..............	12 à 15 gr.
	Axonge..........................	12 grammes.
	Opium............................	2 à 3 gr.
	Huile volatile de thym............	qq. gouttes.

F. s. a. pommade homogène.

Chaque friction se fera pendant trois minutes, jusqu'à parfaite absorption. On y ajoute, de temps en temps, un peu de salive pour faciliter la pénétration. On continuera pendant un, deux ou trois jours, et on cessera s'il y a des troubles de la vue et de la déglutition.

Cette pommade a toujours produit des résultats satisfaisants au médecin de la Grande-Trappe.

Si les malades, pour des raisons quelconques, ne veulent pas se servir de la pommade ci-dessus, ils se trouveront bien de bassiner plusieurs fois par jour les parties douloureuses avec la liqueur suivante, dont la formule appartient au D[r] Debreyne :

℞	Décoction de mauve et de morelle.	500	grammes.
	Extrait aqueux thébaïque........	2	—
	Extrait de belladone.............	8	—
	Extrait de ciguë.................	15	—
	Acétate de plomb liquide.........	15	—

Dissolvez.

Quoique cette solution soit moins active que la pommade, il est des cas où elle réussit mieux. C'est donc une médication bonne à tenter.

Les injections hypodermiques de morphine ou de belladone seront mises en pratique si les douleurs sont très-aiguës.

L'hydrothérapie a été employée quelquefois avec succès pour combattre la céphalée. On commence par mouiller la tête ou par faire une irrigation en pluie; on a recours ensuite aux douches

en cercles sur les régions fessières, abdominales et sur les membres inférieurs.

L'essence de térébenthine est quelquefois employée avec succès dans les céphalées ; elle a donné de beaux résultats à Graves, Teissier (de Lyon), Trousseau, etc. Trousseau recommandait de l'administrer au moment du repas, afin d'éviter ainsi le goût âcre qui se développe à la gorge. D'après Teissier, elle réussit dans la moitié des cas. On l'administre en perles, en capsules. On donne, à deux des repas, 5 ou 6 de ces capsules : les capsules Lehuby contiennent 8 à 10 gouttes d'huile essentielle, ce qui fait environ 100 à 120 gouttes par jour. Cette dose peut être doublée et triplée sans inconvénient. On en prend pendant six à huit jours de suite ; on suspend pendant quatre ou cinq jours ; on reprend et on suspend de la même façon, et cela pendant plusieurs semaines. Le Dr Socquet, de Lyon, qui emploie quelquefois ce médicament, conseille des doses moins considérables.

Ce même médecin vante beaucoup le nitrate d'argent, qu'il considère presque comme un spécifique, et dont il compare l'action à celle du quinquina dans les affections intermittentes. Voici la formule à laquelle il donne la préférence :

℞ Nitrate d'argent..................	0.30 centigr.
Sel ammoniaque..................	0.60 —
Extrait de gentiane...............	Q. s.

F. s. a. 10 pilules.

On fait prendre 2 ou 3 de ces pilules dans les vingt-quatre heures ; la première, le soir en se couchant ; la deuxième, le matin à jeun, et la troisième dans le milieu de la journée. Trois à quatre jours de l'emploi de ces pilules lui ont suffi, la plupart du temps, pour vaincre des céphalées qui existaient même depuis plusieurs années. Nous empruntons à M. le Dr Socquet une observation à l'appui (*Journal de méd. de Lyon*, 1864).

« Je fus appelé, dit-il, une nuit auprès d'une jeune femme âgée de 30 ans, qui, depuis la veille, souffrait d'une céphalalgie qui lui faisait pousser les hauts cris. Je la trouvai se roulant incessamment sur son lit, se comprimant le front avec les mains, et demandant avec instance d'être soulagée. Cette malade raconta que cette douleur s'était montrée pour la première fois dix ans auparavant, elle en attribuait la cause à un refroidissement à la suite d'une course rapide : depuis cette époque la douleur était revenue d'abord tous les mois, à l'époque de la menstruation, et disparaissait avec elle ; puis, les accès s'étaient rapprochés et, depuis deux ans, elle en éprouvait les atteintes tous les quinze jours, la durée des accès était de trois à quatre jours, et l'intensité de la douleur s'était, depuis quelques mois, notablement

aggravée. Au moment où je l'examinai, l'accès était devenu intolérable : les yeux étaient sensibles à la lumière, la conjonctive légèrement injectée; la douleur occupait surtout le côté droit; la malade avait eu trois ou quatre vomissements depuis vingt-quatre heures, elle n'avait pris aucun aliment pendant ce temps; les règles coulaient peu abondantes; pouls peu agité, petit, irrégulier, non résistant. Cette céphalée avait résisté à tous les moyens employés par divers médecins : valérianate, oxyde de zinc, solanées, opium, grands bains; la valériane avait seule paru la soulager momentanément.

« Je prescrivis les pilules d'azotate d'argent, d'après la formule indiquée; elle les continua pendant cinq jours; la céphalée était alors complètement dissipée; nous attendîmes le mois suivant, mais elle ne reparut pas. Voici maintenant trois ans que la guérison a été obtenue et ne s'est pas démentie, bien que l'on n'eût fait aucune médication. »

Le Dr Couyba a souvent prescrit et obtenu de bons résultats de la potion suivante :

Hydrate de chloral.................	3	grammes.
Eau de menthe....................	100	—
Sirop............................	50	—

A prendre, *dès le début* de la migraine, par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure *jusqu'au sommeil*. Dès que la malade se réveille, si la migraine persiste, il fait reprendre de la même manière, et il est rare qu'au second réveil la migraine n'ait pas totalement disparu.

La réussite ne s'obtient qu'à la condition essentielle d'administrer le chloral *dès le début*. Si on attend que la migraine se soit développée et ait atteint son *summum*, toute tentative restera absolument infructueuse.

Blessure de l'arcade palmaire. — Traitement par la cautérisation ignée.

Dans un de nos derniers numéros, nous citions le cas d'une guérison de plaie de l'arcade palmaire superficielle à l'aide de la compression; on peut arriver au même résultat à l'aide de *l'éponge à la ficelle*, employée pour la dilatation du col utérin. On prend une éponge préparée, du volume proportionnel à la lésion et on tamponne avec cette substance, qu'on maintient en place à l'aide d'un bandage convenablement serré et qu'on laisse en place jusqu'à son élimination par la suppuration et la cicatrisation de la plaie.

Quand on ne veut ni ne peut pratiquer la ligature, quand on craint de ne pouvoir arriver au résultat désiré à l'aide la de simple compression, on peut avoir recours à la cautérisation avec le fer rouge fort employé jadis sur les champs de bataille. Dans un cas de ce genre, M. de Saint-Germain est arrivé au but qu'il se proposait, chez un jeune garçon qui s'était blessé à la paume de la main avec un fragment de bouteille. Il porta au sein de la plaie un fer rouge avec lequel il opéra une forte cautérisation. Si un seul point de feu est insuffisant, on peut éteindre deux cautères dans la plaie. Il est essentiel d'agir énergiquement et profondément.

M. de Saint-Germain rappelle à ce propos qu'il y a quelques années un malade avait subi successivement la ligature de la radiale et de la cubitale, puis de l'humérale. Le sang continuait toujours à couler et c'est alors que le chirurgien pratiqua la cautérisation ignée qui guérit le malade.

Cependant il ne faut pas oublier que quelquefois il se produit une hémorrhagie secondaire tardive.

Traitement de l'ictère catarrhal par les injections d'eau froide dans le rectum, par M. le Dr Krull.

Les divers moyens que l'on a employés jusqu'ici pour guérir l'ictère catarrhal n'ont fourni que des résultats à peu près nuls. Presque toujours la maladie a une durée très-longue, c'est pour remédier à cet inconvénient que le Dr Edouard Krull a eu l'idée d'essayer récemment les lavements frais. Les résultats qu'il a obtenus ont été tellement avantageux, qu'il s'empresse de les soumettre à l'appréciation du public médical, afin que l'expérimentation puisse être faite sur une grande échelle, et nous empruntons au *Bulletin de Thérapeutique* (15 septembre) les considérations qu'on va lire.

Il faut d'abord poser d'une façon certaine le diagnostic d'ictère catarrhal, puis connaître le temps depuis lequel dure la maladie. Cela fait, le Dr Krull recommande de pousser lentement dans le rectum une injection d'eau fraîche, à l'aide d'un irrigateur. L'opération doit être pratiquée une fois dans les vingt-quatre heures. La quantité d'eau introduite est variable; elle oscille entre 1 à 2 litres, et est en rapport avec la susceptibilité individuelle. La température du liquide doit être de 15°. Quand l'injection est renouvelée, il faut élever celle-ci de 4°, parce que l'intestin supporte difficilement le contact répété de l'eau, quand la température reste au même niveau. Il faut que le malade con-

serve le liquide le plus longtemps possible. Jusqu'ici il a suffi au Dr Krull de 7 injections pour obtenir la guérison.

Le nombre des malades traités s'élève à onze. L'ictère durait chez eux depuis un temps très-variable, oscillant entre cinq jours et un an et demi; 10 étaient atteints d'une constipation opiniâtre, 1 seul avait de la diarrhée.

Sur ces 11 malades, j'en traitai 2, dit le Dr Krull, par l'eau de Carlsbad et les bains chauds, je n'obtins aucun résultat; 4 autres furent soumis, dès le début, aux injections d'eau fraîche. Les 5 derniers étaient, depuis longtemps déjà, entre les mains d'autres médecins, qui leur avaient prescrit diverses médications, entre lesquelles l'eau de Carlsbad tenait toujours le premier rang. Mais leurs efforts étaient restés infructueux. Je suspendis immédiatement les médicaments employés jusque-là, ainsi que la diète rigoureuse qui avait été ordonnée.

En examinant les malades, je trouvai, chez quelques-uns, le foie considérablement augmenté de volume, avec un bord dur, très-douloureux à la pression. Dans aucun cas, je ne constatai de tumeur de la vésicule biliaire.

Chez tous, le creux épigastrique était douloureux à la pression, quelques-uns accusaient des douleurs spontanées dans l'hypochondre droit. Chez tous aussi, il y avait plus ou moins d'anorexie, et en même temps des nausées, de la céphalalgie et une courbature générale. L'un d'entre eux était tourmenté par des démangeaisons insupportables. La plupart, d'ailleurs, avaient présenté les symptômes qui précèdent habituellement l'ictère; 4 seulement avaient été exempts de tout accident prodromique.

L'injection d'eau froide a pour premier effet de faire disparaître le sentiment de pesanteur qui existe à la région épigastrique, le malaise et la céphalalgie. L'anorexie diminue aussi notablement. Quand la maladie dure depuis peu, au bout de vingt-quatre heures, il y a déjà une amélioration marquée. Les malades semblent renaître, tant est grande la transformation qui s'opère dans leur état général. Dans les cas où l'ictère est ancien, le résultat non plus ne se fait pas attendre. Voici, dit le Dr Krull, la lettre que je recevais d'une malade qui, depuis un an et demi, était dans un triste état de santé: « Après la troisième injection, je ressentis une grande amélioration. Le malaise que j'avais éprouvé pendant toute la durée de ma maladie avait disparu, la langue était redevenue nette et l'appétit commençait à renaître. »

J'ai remarqué, ajoute le Dr Krull, que la douleur à la pression, dans l'hypochondre droit, disparaissait au bout de vingt-quatre heures dans les cas récents, et après quelques jours quand la

maladie était plus ancienne. A ce moment-là, le foie n'avait pas encore sensiblement diminué de volume.

Dans la moitié des cas, après la deuxième injection, les fèces étaient colorées par la bile, et il a fallu de deux à quatre jours dans les cas les plus invétérés.

Je n'ai pu encore préciser au juste le temps que mettent à reprendre leur coloration normale l'urine, la sclérotique et la peau. Cette durée doit être en rapport avec l'intensité des phénomènes d'élimination.

Voici, à mon sens, comment peut s'expliquer, en pareil cas, le mécanisme de la guérison. L'injection d'eau froide réveille les mouvements péristaltiques de l'intestin, excite la sécrétion de la bile, dont l'abondance, dans les voies biliaires, force l'obstacle qui s'oppose à son libre écoulement. J'ignore si l'exagération des mouvements péristaltiques de l'intestin ou, au contraire, si les changements, dans les conditions de presssion, survenus dans le parenchyme du foie, jouent le rôle le plus important dans la guérison. A l'expérimentation de décider.

Les deux faits qui restent acquis, et qui font tout l'intérêt du traitement que nous préconisons, sont la disparition presque instantanée des douleurs d'estomac et le retour de l'appétit. On peut se demander si le catarrhe stomacal qui accompagne l'ictère ne dépasse pas le rôle d'un symptôme, et ne constitue pas une des causes principales de la maladie.

DIVERS

Des dangers de la musique chez les personnes affectées de maladies utérines. — M. le Dr Balestre vient de publier dans le *Nice médical* une intéressante étude sur les modifications que le jeu exagéré du piano exerce sur les affections utérines. Il croit que chez les femmes nerveuses et impressionnables, la musique peut aggraver les congestions utérines.

Ce n'est pas la première fois que se présente la question de la musique au point de vue médical. Mais ici, le sujet est plus spécial : il ne s'agit que de ses inconvénients sur les affections utérines. Or, la leucorrhée est fréquente chez les jeunes filles des villes, et, selon notre confrère, la musique serait un grave inconvénient pour ces jeunes personnes. L'observation suivante en est la preuve.

Observation. — Madame K..., 27 ans, a toujours joui d'une santé parfaite. On ne trouve, dans ses antécédents héréditaires

ou personnels, d'autre fait à noter qu'une leucorrhée, déjà ancienne, mais légère, qui n'a jamais causé d'accident bien grave, mais qui présentait une légère exacerbation au moment des règles.

Il y a trois ans, Madame K... éprouva, à la suite d'une couche, quelques accidents utérins, qui disparurent sous l'influence d'un traitement approprié.

Madame K... a eu depuis une nouvelle grossesse qui ne s'est accompagnée d'aucun trouble; elle est accouchée prématurément au mois de mai dernier, à la suite de fortes secousses éprouvées dans une course en voiture sur une route mal entretenue. L'accouchement se fit sans aucun accident. Le retour des couches fut marqué par une hémorrhagie assez abondante, qui fut arrêtée au moyen de la glace, de l'ergot de seigle, etc., et du tamponnement du vagin.

Depuis cette époque, les règles ont pris chaque fois le caractère ménorrhagique, la perte blanche a augmenté; l'hémorrhagie cataméniale s'accompagne de douleurs de rein, de douleurs en ceinture, à l'hypogastre, de pesanteurs au périnée, et de tous les symptômes subjectifs de la métrite chronique. La persistance de ces accidents en dehors des règles, la longue durée des hémorrhagies, l'abondance des pertes blanches m'amenèrent à pratiquer un examen complet, qui m'a fourni les renseignements suivants :

Rien à signaler du côté des ovaires, du vagin et de la vulve. Au toucher, le col est volumineux, entr'ouvert jusqu'à admettre l'extrémité de la phalange unguéale; l'orifice du museau de tanche présente une cicatrice et des inégalités symptomatiques de granulations. Le col est porté en arrière et un peu à gauche. L'utérus est augmenté de volume et en antéversion.

L'examen au spéculum confirme les renseignements fournis par le toucher : le col est gros et aplati, son orifice est large et entr'ouvert; les lèvres du museau de tanche sont rouges et sont le siége d'une desquamation épithéliale abondante; un mucus visqueux et épais sort par l'orifice du col.

Les culs de sac vaginaux sont libres.

Traitement. — Cautérisation légère au nitrate d'argent; injection vaginale avec une solution d'alun; application sur le col d'un mélange de sous-nitrate de bismuth et de poudre d'amidon. Seigle ergoté à l'intérieur.

C'est alors que ma malade me donna les renseignements suivants : l'exercice, la promenade amènent une augmentation des pertes et des douleurs; mais rien n'égale, à cet égard, l'influence du jeu de piano.

Madame K... est une musicienne de premier ordre; habituelle-

ment elle consacre plusieurs heures par jour à l'étude; elle se passionne pour la musique des grands maîtres, qui seuls ont une place dans son casier, et fouille, pour ainsi dire, avec une instance passionnée dans la pensée des compositeurs qu'elle étudie, et alors voici ce qu'elle éprouve :

Au bout de quelques minutes d'étude ou d'exécution, madame K... éprouve à l'épigastre et à l'abdomen une sensation de constriction étrange et très-pénible; la douleur aux aines prend une intensité insupportable; en même temps, au voisinage du coccyx et de l'anus, se développe une crampe douloureuse qui s'étend à tout le périnée, à la région vulvaire, la douleur n'a pas de siége précis, mais l'ensemble de tous ces phénomènes donne lieu à une sensation locale des plus pénibles. Si la malade est à une époque voisine de ses règles ou de ses ménorrhagies, une perte de sang abondante se montre alors et dure plusieurs heures; si, au contraire, la malade se trouve dans une période intermenstruelle, la perte blanche prend immédiatement une abondance extraordinaire, et une fois même, cet excès de leucorrhée a été suivi d'hémorrhagie.

Ces phénomènes ne se sont jamais montrés à la suite de la promenade ou d'un exercice quelconque; dans ces cas, il y a une légère augmentation de l'hémorrhagie déjà existante et de la leucorrhée, quelques douleurs légères, mais jamais cette espèce de crampe périnéale, et cette exaspération remarquable de la perte utérine; jamais non plus d'hémorrhagie spontanée.

Madame K... peut tous les jours prendre un peu d'exercice, les accidents utérins n'en sont que peu troublés et sa santé y gagne; mais quand elle se met au piano, elle a besoin ensuite d'un repos complet, quelquefois même plusieurs jours d'immobilité et une intervention médicale assez active ont été nécessaires pour modérer les accidents consécutifs à une trop longue étude médicale.

La malade a à peu près renoncé à toucher du piano, c'est tout au plus si deux fois par semaine elle consacre quelques instants au travail. Depuis qu'elle a pris cette détermination, une notable amélioration s'est produite dans son état : elle marche, elle se promène modérément, et, malgré cet exercice et grâce aussi à un traitement approprié, elle touche à la guérison.

A cet exemple, nous pourrons en joindre d'autres.

A quoi est due cette exaspération des symptômes de la maladie utérine?

Serait-ce à la nature du siége sur lequel se placent habituellement les musiciennes quand elles jouent du piano? C'est peu probable. Faut-il incriminer le jeu des pédales? Faut-il comparer les accidents à ceux qu'on a décrits chez les ouvrières qui

travaillent aux machines à coudre? Evidemment non. Le jeu des pédales d'un piano n'exige pas, comme pour les machines, une série continue de mouvements pouvant donner lieu à une congestion du système utérin, le pied seul y prend part, et n'a à exercer, en somme, que des mouvements assez faibles, et non des mouvements d'ensemble et alternatifs des deux membres inférieurs, comme dans le travail à la machine. La position un peu gênée que la pianiste doit occuper, est-elle la cause de cet accident? Mais cette position, gênante pour une novice, ne l'est plus depuis longtemps pour les musiciennes consommées. D'ailleurs, tous les jours, les exigences sociales obligent ces malades à garder plus ou moins longtemps une position analogue, sans qu'il s'ensuive pour elles le moindre inconvénient.

Ce serait, selon M. le Dr Balestre, à la suractivité nerveuse qu'exige l'exécution d'un morceau de musique qu'il faut penser pour expliquer ces bizarres accidents. Il y arrive par voie d'exclusion, et cette hypothèse ne lui paraît avoir rien d'invraisemblable.

Le médecin de Nice n'entend pas proscrire la musique de l'éducation de la femme, mais il voudrait que cet exercice fût modéré, et pour lui cette modération, jointe à une interruption convenable, est nécessaire à la femme qui éprouve soit de la leucorrhée, soit quelque congestion utérine.

De l'albuminurie d'origine nerveuse. — Nous insistions, dans le n° 35, sur l'absence d'odeur communiquée aux urines par les asperges et la térébenthine dans les cas d'albuminurie liée à une lésion rénale. Au congrès du Havre, M. le Dr Teissier, de Lyon, a entretenu ses collègues de l'albuminurie qu'il appelle nerveuse.

Il considère cette forme de l'albuminurie comme étant beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement. Tous les auteurs attribuent cette maladie à deux causes, à une altération rénale ou à une altération du sang. Il est un troisième facteur trop souvent oublié, c'est l'influence du système nerveux encéphalique et du grand sympathique. Monneret et M. Gubler admettent cette influence, et cependant elle est encore contestée par un grand nombre de médecins; les troubles nerveux, observés fréquemment au début de l'albuminurie, étant attribués par eux à la congestion rénale et à la déperdition de l'albumine. M. Teissier croit, au contraire, que ces phénomènes nerveux, au lieu d'être de simples effets, jouent assez souvent le rôle de cause dans la production de l'albuminurie, car ils peuvent exister longtemps avant l'apparition dans l'urine du symptôme caractéristique de cette maladie.

M. Tessier cite plusieurs faits à l'appui de la thèse qu'il défend, et il tire de ces faits les deux conclusions thérapeutiques suivantes :

1° Dans les albuminuries d'origine nerveuse, il faut surtout recourir aux préparations de quinquina, de valériane, de noix vomique, de fer et d'arsenic ;

2° Chez les arthritiques et les diabétiques, il faut se garder d'administrer les alcalins à de trop fortes doses, sous peine de favoriser les lésions cérébrales.

Cancer du pénis; son traitement par l'amputation au moyen de l'anse galvano-caustique. — La galvano-caustique a fait dernièrement assez de bruit à la Société de chirurgie, pour que nous n'omettions pas de signaler un des beaux résultats qu'elle donne.

De toutes les tumeurs qui peuvent se manifester au prépuce, les plus connues sont l'épithélioma; on y rencontre aussi l'encéphaloïde, le sarcome vasculaire, etc.

De tous les procédés chirurgicaux mis en pratique, il n'en est pas qui puisse donner de meilleurs résultats que l'ablation par l'anse galvano-caustique.

M. Samuel Martin a parcouru les diverses publications sur ce sujet, et, de ses recherches, il résulte que l'amputation galvanique n'a jamais donné lieu à l'hémorrhagie, que le rétrécissement cicatriciel uréthral n'a pas été plus considérable par l'amputation avec l'instrument tranchant.

Quelques observations font voir que l'écraseur ou la ligature extemporanée sont parfois insuffisants à produire la section de la verge, à cause du tassement des tissus érectiles qui offrent une grande résistance à la compression linéaire.

Recherche médico-légale des spermatozoïdes, par le Dr M. Longuet. — Il est difficile à un expert de se prononcer sur la présence des éléments caractéristiques du sperme sur du linge desséché depuis longtemps. Jusqu'à ce jour, on se contentait de faire gonfler une petite bande d'étoffe tachée par ce qu'on supposait être le sperme, en l'imbibant d'eau distillée ou d'eau salée.

M. Longuet, mettant à profit la propriété que possèdent certaines matières minérales ou organiques, de colorer d'une manière élective les différentes parties de l'organisme, a fait un grand nombre d'expériences, et a communiqué à la Société de médecine légale les résultats de ses recherches.

Voici comment il conseille de procéder :

1° Prendre un petit carré de l'étoffe qu'on suppose être tachée de sperme, le plus près possible du centre de la tache;

2° Plonger ce carré d'étoffe dans une petite quantité d'eau distillée, coloré par quelques gouttes (5 ou 6 pour 5 grammes d'eau) d'une solution ammoniacale de carmin;

3° Laisser macérer pendant trente-six à quarante-huit heures et même plus, car il n'en résulte aucun inconvénient;

4° Dissocier l'étoffe avec de grands ménagements, en l'effilant brin à brin;

5° Dissocier chacun de ces brins à leur tour et séparément;

6° Examiner séparément aussi au microscope, avec un grossissement de 500 diamètres, chaque brindille dissociée dans une goutte de glycérine ordinaire;

Dans une préparation faite selon ces règles, on verra autour des fibrilles végétales non colorées et parfaitement réfringentes, des grappes de spermatozoïdes, la plupart complets, dont la tête sera colorée en rouge vif, tandis que la queue ne sera pas teintée. Si, à côté d'eux, il existe d'autres éléments figurés du sperme : globules blancs, cellules épithéliales, etc., ils apparaîtront tous plus ou moins colorés, avec leurs caractères histologiques particuliers.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine de Paris. — M. Reclus, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, pour entrer en fonctions le 1er novembre 1877, en remplacement de M. Paul Berger.

M. Peyrot, aide d'anatomie, est nommé prosecteur, pour entrer en fonctions le 15 mars 1878, en remplacement de M. Humbert.

Académie de médecine. — *Prix Herpin.* — Le Secrétaire perpétuel de l'Académie est autorisé à accepter le legs fait par M. Jean-Charles Herpin, d'un titre de rente italienne de 400 francs, pour la fondation d'un prix à décerner tous les quatre ans.

Congrès international de Genève. — La cinquième session du Congrès international s'est ouverte le 9 septembre, sous la présidence du professeur Charles Vogt, de Genève. Plus de 300 médecins assistaient à la séance d'ouverture. Le Président a sou-

haité la bienvenue à ses confrères, et, dans un éloquent discours, il a démontré que le médecin doit tendre toujours à se rapprocher des sciences exactes et à sortir de plus en plus des langes de l'empirisme; c'est la seule voie qu'il doive suivre.

Hôtel-Dieu.—Voici de quelle manière les services sont répartis au nouvel Hôtel-Dieu :

Chirurgie (rez-de-chaussée). — M. Richet. — Salles Saint-Landry (hommes); Notre-Dame (femmes).

M. Guérin. — Salles Saint-Jean (hommes) ; Sainte-Marthe (femmes).

M. Cusco. — Salles Saint-Côme (hommes); Sainte-Agnès (femmes).

Médecine (premier et deuxième étages). — M. Sée. — Salle Saint-Christophe (hommes) ; Saint-Jean (femmes) ; premier étage.

M. Gueneau de Mussy. — Salles Saint-Charles (hommes); Sainte-Madeleine (femmes); premier étage.

M. Fremy. — Salle Saint-Augustin (hommes); Sainte-Monique (femmes); premier étage.

M. Fauvel. — Salle Saint-Denis (hommes); Sainte-Martine (femmes); deuxième étage.

M. Hérard. — Salle Saint-Louis (hommes); Sainte-Marie (femmes); deuxième étage.

M. Oulmont. — Salles Saint-Thomas (hommes); Sainte-Anne (femmes); deuxième étage.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine qui finit le 20 septembre, la mortalité à Paris a été de 768, soit 39 de moins que la semaine précédente. Il y a eu une très-légère augmentation des décès par rougeole, pneumonie et fièvre typhoïde, et diminution sur les autres maladies.

M. le Dr Fort recommencera ses Cours d'anatomie le lundi 29 octobre. Les dissections commenceront le 22 octobre. On s'inscrit pour les cours rue Jacob, 21, le mardi, le jeudi et le samedi, de 8 h. à 10 h. du matin.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 40. 4 Octobre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 4 octobre 1877.

Académie de médecine (25 septembre). — M. Jules Guérin offre à l'Académie le mémoire qu'il a lu devant elle, sur les mouvements latéraux de la colonne vertébrale. Ce mémoire, annoté et accompagné de planches propres à mettre en évidence les dispositions anatomiques nouvelles qu'il a signalées, est, en outre, destiné à servir de base : 1° à l'étude du mécanisme des déviations musculaires de l'épine dorsale, dans leurs rapports avec les causes qui les produiraient; — 2° au diagnostic des altérations morbides de la colonne, dont les formes diffèrent toujours des attitudes physiologiques; — 3° à une détermination anatomique plus rigoureuse de la constitution des muscles et de leurs attributs matériels, par l'étude de leur destruction physiologique. Ces trois points de vue sont développés dans une préface en tête du mémoire.

M. Bouchardat a repris la discussion sur l'acide salicylique, et il craint que M. Sée ne soit pas suivi par ses prosélytes, qui pourraient outrepasser ses idées. M. Bouchardat, tout d'abord, rappelle cette règle importante qu'il a jadis formulée, à savoir qu'il est indispensable de surveiller les organes d'élimination. Or, dans le rhumatisme, la puissance éliminatrice des reins n'est généralement pas lésée, cependant il pourrait y avoir quelque aberration fonctionnelle. Mais, dans la goutte, il n'en est pas toujours ainsi : il y a souvent dans les reins du biurate de soude.

Tout le monde aujourd'hui est d'accord sur l'influence heureuse de l'acide salicylique po[illegible] calmer la douleur et le gonflement, pour diminuer la du[illegible]e du rhumatisme, etc.,

mais il n'y a encore rien de bien positivement établi sur l'influence du salicylate de soude sur les complications cardiaques ou encéphaliques. Or, dans un agent thérapeutique, que cherche-t-on? Une terminaison heureuse. Chez Chomel, chez Bouillaud, qui traitaient les rhumatismes aigus, l'un par les moyens hygiéniques, l'autre par les saignées coup sur coup, on guérissait tous les malades et on ne connaissait pas les complications cérébrales.

Le salicylate de soude a des propriétés physiologiques énergiques, sur la calorification, sur la circulation, sur les systèmes digestif et nerveux. Il faut donc être réservé sur son emploi, et les faits rapportés par MM. Empis et Jaccoud rendent M. Bouchardat un peu tiède à l'égard de ce médicament.

Contre la goutte, le salicylate de soude est utile pour combattre les accès et faciliter l'élimination du biurate de soude en excès dans le sang. On connaît les effets produits par le colchique, on ne connaît pas encore la portée du salicylate de soude.

M. Bouchardat déclare qu'il donnerait la préférence, pour combatte la diathèse polyurique, aux moyens hygiéniques suivants : 1° manger sobrement; — 2° augmenter la dépense par des exercices quotidiens et par le massage; — 3° faciliter l'élimination du biurate de soude, en vidant régulièrement et complètement la vessie, en ingérant des boissons aqueuses abondantes, additionnées au besoin de sel de seignette, de bicarbonate ou d'acétate de potasse à doses modérées. M. Bouchardat est bourguignon, propriétaire de vignes et œnophile; il a achevé sa discussion par un petit plaidoyer *pro vite suâ*; il a voulu laver le vin de Bourgogne de l'accusation portée contre lui par M. Sée, qui prétend qu'il donne la goutte. Quand on a soin de le boire bon, à quantité modérée, et de le faire précéder d'un verre d'eau fraîche, il ne favorise pas plus le développement de la goutte que ne le fait le vin de Bordeaux.

M. Sée croit que les moyens hygiéniques sont insuffisants pour guérir la goutte, et souvent même impraticables; le salicylate de soude, employé avec modération, lui a donné de bons résultats. Tout en répondant à M. Bouchardat, M. Sée ne fait que répéter ce qu'il a dit dans ses précédentes communications.

M. Jules Guérin, en présence de l'action du salicylate de soude sur le cerveau, le cœur et le poumon, croit qu'il faut s'en tenir à sa méthode par les onctions locales.

M. Sée ne nie pas l'action du salicylate de soude sur le cerveau, mais il conteste son action sur les poumons et sur le cœur.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Tétanie puerpérale, forme grave,

par le Dr J. Louwers, de Verviers.

Les cas de tétanie ou de tétanos intermittent, surtout de forme grave, sont assez rares pour donner de l'intérêt à l'observation suivante que nous avons empruntée au *Journal des sciences médicales*, de Louvain.

La soudaineté de l'attaque et son cortége de symptômes sont de nature à effrayer le malade, et peut-être même à dérouter le médecin, surtout lorsque la tétanie, comme dans le cas actuel, éclate pendant l'état puerpéral. Madame H..., âgée de 35 ans, d'une constitution physique bonne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était accouchée normalement, il y avait trois jours, de son septième enfant.

Prodrômes de l'accès principal. — A partir du troisième jour des couches, des rétractions passagères et une sensation d'engourdissement s'étaient manifestées dans les *doigts*, mais sans qu'il se présentât d'autre trouble morbide, et seulement de temps en temps; elles ne s'étaient, d'ailleurs, jamais produites pendant la grossesse. La malade ayant eu de vives appréhensions sur l'issue de la délivrance et de ses suites, au point de ne plus oser rester seule depuis son accouchement; son accoucheur fut naturellement porté à attribuer cet épiphénomène à l'inquiétude incessante de l'accouchée.

Vers le troisième jour aussi il y eut état suburral avec légère réaction, suivi d'une courte diarrhée et qui céda à un purgatif vers le huitième jour.

Du huitième au onzième jour, les contractures ne se produisirent pas. Néanmoins, le mari avait remarqué que parfois, pendant le sommeil, sa femme se renversait la tête en arrière par de petits mouvements saccadés.

Le 25 mars 1877 (quatorzième jour), vers 1 heure de relevée, M. Louwers fut appelé en hâte auprès de madame H..., et bientôt rejoint par son accoucheur qui l'avait vue le matin et, l'ayant trouvée atteinte des légères contractures des doigts, lui avait prescrit une potion contenant 5 grammes de bromure de potassium avec de la teinture de valériane et de sirop d'opium.

L'accès auquel nos deux confrères assistaient s'était déclaré environ vingt minutes avant leur arrivée, avait été précédé d'un frisson, et avait débuté par des contractures des doigts des deux mains plus fortes qu'auparavant, qui empêchèrent la malade de saisir une orange qu'elle voulait prendre, et lui causèrent une frayeur inexprimable. On trouva la malade presque assise dans son lit, où il avait fallu la porter, en proie à une suffocation imminente : face vultueuse et ruisselante de sueur, comme tout le corps; lèvres et langue légèrement cyanosées, difficulté marquée de la parole, langue épaisse, respiration très-accélérée, inégale; pouls plein, vibrant, marquant 150 à 160 à la minute. Les doigts des deux mains étaient fortement rétractés, les poignets en flexion sur les avant-bras et ceux-ci sur les bras, les coudes rapprochés du tronc; quand on voulait étendre ces membres contractés, on éprouvait une forte résistance qui, une demi-heure plus tard, était diminuée et cédait même alors en partie à la volonté de la patiente. Le pied droit était en extension forcée sur la jambe. Simultanément, les paupières étaient agitées de spasmes fibrillaires; mais, chose à noter, *pas de crampes* dans la longueur des membres inférieurs, *pas de trismus*, pas d'opisthotonos; pas de gêne de la déglutition : la malade a avalé facilement, en présence des médecins, 2 ou 3 cuillerées de sa potion qui la soulageait, elle accusait d'ailleurs une soif vive. Aucun râle dans la poitrine, qui était sonore à la percussion.

Madame H... accusait une anxiété épigastrique excessive. En somme, menace d'asphyxie, mais pas d'étranglement. En outre, insensibilité cutanée. L'intelligence était parfaite; il n'y avait ni sensibilité, ni développement anormal du ventre, ni céphalalgie, ni vomissements, ni nausées : la malade avait déjeuné comme d'habitude et de bon appétit.

En présence de ces phénomènes morbides, il fut convenu :

1° Que la malade continuerait à prendre toutes les demi-heures sa potion avec bromure;

2° Qu'on lui administrerait deux lavements, à trois heures d'intervalle, contenant chacun 40 centigr. de sulfate de quinine, avec un peu d'eau de Rabel et 2 grammes de teinture de castoreum;

3° Qu'on lui appliquerait des sinapismes sur les extrémités et

à l'épigastre. En même temps, on s'efforça de relever le moral de la patiente.

A 6 heures, environ cinq heures après le début, eut lieu la deuxième visite, et on put constater une amélioration très-marquée de tous les accidents; disparition complète, depuis une heure environ, des contractures qui avaient cédé progressivement. L'accès avait donc duré à peu près quatre heures et ne fut pas suivi de période comateuse; face encore animée, mais non plus vultueuse; peau moins chaude, lèvres et langue rosées, parole devenue très-claire et facile, pouls à 120 moins fort, respiration beaucoup plus calme; les membres ont repris leur souplesse. La patiente paraissait rassurée, mais appréhendait extrêmement le retour d'un nouvel accès. La potion fut continuée et un lavement à la quinine fut ordonné pour le lendemain matin.

Le lendemain, 26 mars, la malade était souriante. Il persistait à la lèvre inférieure un frémissement fibrillaire à peine perceptible et qui disparut dans la journée. Peau bonne; pouls à 100 le matin et 88 le soir; respiration calme. Potion au bromure, boissons rafraîchissantes, bouillon.

27 mars. Le mieux continue : pouls à 84; 3 grammes de bromure et nourriture légère. Le soir seulement de ce jour, les urines sont essayées à l'acide nitrique qui y décèle une certaine quantité d'albumine, laquelle avait diminué le lendemain et totalement disparu dès le 29.

Les jours suivants, le mieux continue sans qu'aucune contracture reparaisse nulle part. Le rétablissement complet de la malade n'est retardé que par l'existence de plaies sur les mollets, consécutives à l'action trop prolongée des sinapismes lors de la violente attaque.

Ce n'était évidemment pas une attaque d'hystérie; ce n'était pas davantage une attaque d'épilepsie ou d'éclampsie, puisque l'intelligence était restée intacte, que les contractions avaient été toniques et non cloniques, et enfin que l'accès, malgré sa durée et son intensité, n'avait été suivi d'aucun état comateux. L'albuminurie seule eût pu faire songer à l'éclampsie, mais la présence passagère de l'albumine dans l'urine n'était-elle pas l'effet de la congestion des reins produite par l'accès, bien plutôt que sa cause?

Les accidents observés étaient donc le tétanos ou la tétanie.

L'affection ayant éclaté après la délivrance, il faudrait, suivant Hervieux, admettre plutôt le tétanos. Mais l'absence de trismus, de difficulté de la déglutition et de raideur dans le cou, le commencement des accidents par les extrémités et sans prodromes, puis les intermittences parfois de plusieurs jours qui ont mar-

qué les premières contractures, et enfin la terminaison heureuse portent à croire qu'il s'est agi ici seulement de tétanie ou contracture des extrémités, bien que, au contraire de ce qui existe ordinairement dans cette affection ainsi que dans l'autre, le pouls fut très-fort et fréquent, pendant l'accès, « mais, dit Hervieux, il n'y a pas lieu de faire cette distinction dans la pratique, puisque, pour nous, la tétanie n'est qu'une variété de tétanos. » S'il est vrai que le tétanos appartienne plus spécialement à l'état de couches et la tétanie à l'état de grossesse; s'il est vrai que l'un soit presque toujours mortel et que l'autre se termine presque constamment par la guérison; s'il est vrai enfin que, dans le tétanos, les accidents débutent habituellement par les muscles de la face, du cou ou du pharynx, dans la tétanie par les extrémités, il ne faut pas moins reconnaître : 1° que la convulsion qui frappe ces diverses parties du système musculaire est dans l'une comme dans l'autre affection, une convulsion tonique; 2° que les deux maladies peuvent aboutir également, preuve palpable de l'identité de leur nature, au tétanos généralisé : trismus, opisthotonos, couvulsion du diaphragme et des muscles respirateurs, etc.

Ne connaissant pas, dit le Dr J. Louwers, au moment où je fus témoin pour la première fois d'un accès de cette étrange maladie, le symptôme de Trousseau (*Clinique médicale*) ni celui de Berger, je ne pus éclairer mon diagnostic par ces deux signes, qui sont : — la possibilité d'éveiller sûrement et très-rapidement une contracture par la compression des vaisseaux artériels de la région, — et la douleur spontanée que l'on provoque par la pression sur les apophyses épineuses.

La cause des accidents éprouvés par la malade paraît difficile à déterminer. Les inquiétudes excessives qui l'agitaient pendant la grossesse, et même après l'accouchement, dénotent chez elle un certain trouble de fonctionnement dans le système nerveux qui a peut-être joué un rôle principal. Il y a bien eu, au début, un léger embarras gastrique, mais ce phénomène n'existait plus lors de la plus grande secousse. Comme dans la généralité des cas de ce genre (Hervieux), il n'y avait pas de métrite concomitante. Y a-t-il eu refroidissement? l'accouchée ne s'en est pas aperçu. L'époque où ce cas s'est produit (mars), à la fin d'un hiver extraordinairement humide, tendrait à confirmer l'opinion de ceux qui admettent l'influence du froid humide dans la genèse de cette affection.

Comme on l'a vu, le bromure de potassium avec l'opium en potion, et le sulfate de quinine joint à un antispasmodique en lavement, ont constitué le traitement interne, aidé par le liniment chloroformé et des sinapismes à l'extérieur.

Il ne serait pas mauvais, en pareil cas, de prescrire une large application de ventouses sèches ou scarifiées le long de la colonne vertébrale.

Quand aux inhalations de chloroforme et à l'usage interne du chloral, elles paraissent formellement contre-indiquées par des symptômes d'asphyxie fort prononcés.

De l'emploi de la créosote vraie dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. le Dr Bouchard, médecin de Bicêtre, et M. le Dr Gimbert viennent de publier, dans la *Gazette hebdomadaire*, nos 31, 32, 33, un important travail sur la créosote vraie.

La créosote vraie est préparée par distillation fractionnée du goudron de bois. La créosote du commerce, qu'on extrait de la houille, contient de l'acide phénique. Elle est bien inférieure à la première. Elle dissout l'iode, les résines, les graisses, et coagule l'albumine.

M. Bouchard a employé ce médicament sur 93 malades, dont l'âge variait entre 15 et 40 ans. Tous les malades ont été soumis au traitement créosoté, en commençant par la dose de 0,40 par jour, pour s'élever chez quelques-uns jusqu'à 0,60 et 1 gramme.

MM. Bouchard et Gimbert ne disent pas qu'ils ont guéri leurs malades, mais ils ont obtenu 25 guérisons apparentes, 29 améliorations, 18 insuccès, 21 décès.

Cette médication a surtout été avantageuse dans le premier degré de la maladie. Voici, d'après MM. Bouchard et Gimbert, les effets de la créosote vraie :

« Quand on administre la créosote à un phthisique, on observe généralement, au bout de huit à quinze jours, une diminution de l'expectoration ; puis, secondairement, une diminution de la toux. Cet effet, qui est souvent plus hâtif, est suivi, après quelques jours, du retour ou de l'amélioration de l'appétit, de la diminution, puis de la cessation de la fièvre, du relèvement des forces. Il n'est pas rare de voir les sueurs nocturnes se supprimer après trois semaines de traitement; mais cet effet, surtout dans la phthisie au troisième degré, exige souvent deux ou trois mois. Dans les cas rebelles, les sueurs nocturnes peuvent persister, bien qu'atténuées, ou reparaître après une suppression momentanée. L'arrêt de la consomption survient d'ordinaire en même temps que la disparition de la transpiration nocturne; le poids diminue moins rapidement ou reste stationnaire, puis

l'embonpoint reparaît et le mouvement ascendant est d'autant plus accentué qu'il se développe plus vite après le début du traitement. L'accroissement de poids est plus rapide pendant les premiers temps de la période ascentionnelle; il se ralentit ensuite pour arriver à un état d'équilibre peu inférieur ou même égal au poids de l'individu avant la maladie; dans quelque cas, l'engraissement véritable succède à la consomption. Quelques jours ou quelques semaines après la diminution de l'expectoration et de la toux, on peut constater l'amélioration des signes physiques : ceux d'abord qui dépendent de la présence du liquide dans les bronches ou dans les cavités cavernuleuses; puis ceux qui dénotent l'induration ou la condensation du tissu pulmonaire. Cette amélioration se produit quelquefois avec une soudaineté à laquelle on a peine à croire; d'autres fois, elle exige un temps considérable. Chez quelques malades, cette modification heureuse de l'ensemble des symptômes n'est qu'un répit trompeur : la toux et l'expectoration se sont presque supprimées; la consomption est enrayée; les râles bullaires sont devenus rares, mais l'induration persiste. Tout à coup, sous l'influence d'une bronchite qui semble d'abord insignifiante, la fièvre s'allume, la toux s'exagère, l'expectoration redevient purulente et abondante, et toute la partie qui était indurée devient le siége d'un ramollissement rapide, caractérisé par l'apparition des râles métalliques et du souffle caverneux. Puis, si le traitement n'est pas interrompu, l'incendie s'arrête, les désordres se limitent, l'amaigrissement qui a été rapide en quelques jours cesse d'augmenter, et le malade rentre pour plusieurs mois dans un état stationnaire. »

Voici les formules auxquelles MM. Bouchard et Gimbert ont donné la préférence :

Vin créosoté.

℞ Créosote pure de goudron de bois.........	13.50
Teinture de gentiane....................	30
Alcool de Montpellier....................	250
Vin de Malaga........	Q. s. pour 1. un litre.

A prendre deux à quatre cuillerées à bouche de ce mélange en vingt-quatre, et chaque cuillerée dans un verre d'eau.

Solution huileuse.

℞ Huile de foie de morue...	150 gr.
Créosote pure de goudron de bois........	1 à 2 gr.

MM. les Drs Bouchard et Gimbert ne connaissent d'autre contre-indication que l'intolérance de l'estomac et l'aggravation de la toux et de la dyspnée dans certaines formes sténiques.

Extraction par le lithotriteur d'un porte-crayon introduit dans la vessie, par le Dr Harrison.

L'histoire des corps étrangers introduits dans l'urèthre forme un chapitre assez considérable de la pathologie chirurgicale. Nous empruntons à *The Lancet* (1877, p. 202) l'observation suivante :

W. O..., soldat, âgé de 38 ans, était sous l'influence de l'alcool, lorsqu'une fille lui introduisit, sans qu'il s'en aperçut, un porte-crayon dans l'urèthre. Le lendemain matin, éprouvant une sensation désagréable dans la région vésicale, il pensa que ce pourrait bien être son porte-crayon qui se trouvait là.

Le Dr Harrison découvrit le corps étranger couché obliquement dans la vessie et pénétrant en partie dans la portion prostatique de l'urèthre. L'extracteur de Civiale ayant échoué, on passa le lithotriteur qui repoussa complètement le corps dans la cavité vésicale, où il fut saisi transversalement.

Dans cette position, l'extraction était impossible; cependant, en tournant graduellement le lithotriteur sur un côté, tout en maintenant le porte-crayon entre les lames de l'instrument, on finit par saisir une des extrémités qui permit de le retirer, la pointe en avant, sans aucune difficulté et sans endommager l'urèthre. Cette extraction n'eut aucune mauvaise suite.

Le Dr Harrison fait observer que ce procédé, pour arriver à saisir le corps étranger par une des extrémités, lui a déjà réussi dans un autre cas, où il put extraire de la vessie un morceau de bougie en gomme.

DIVERS

De la ponction de la vessie. — La ponction de la vessie est une opération qui a été diversement appréciée par les auteurs : les uns, la considérant comme « un coup d'épée dans l'eau (J.-L. Petit); » les autres, comme « l'extrême-onction chirurgicale. »

Deux médecins belges, MM. Deneffe et Van Wetter, ont ras-

semblé 328 cas de ponctions vésicales, et en ont fait le sujet d'un mémoire spécial qu'ils ont présenté à l'Académie royale de Belgique.

La vessie peut être ponctionnée :

A. Par la face *inférieure* de la vessie.	Ponction périnéale. — rectale.
B. Par la face *antérieure* de la vessie.	— sous-pubienne. — pubienne. — sus-pubienne.

La ponction périnéale a disparu de la pratique.

La ponction sous-pubienne n'a été pratiquée qu'une seule fois par son inventeur, M. Voillemier.

La ponction pubienne, imaginée par Meyer et Brander en 1825, n'a guère été pratiquée qu'une ou deux fois.

La ponction rectale et la ponction pubienne sont les deux seules qui soient restées dans la pratique.

Des 328 cas de ponction de la vessie, réunis par MM. Deneffe et Van Wetter, il y a 97 cas de ponction recto-vésicale et 152 cas de ponction hypogastrique. Dans les 97 cas de ponction recto-vésicale, il y eut 86 succès et 11 décès, et, dans ces 11 décès, un seul peut être attribué à la ponction.

Dans les 152 cas de ponction hypogastrique, 6 fois seulement la mort peut être attribuée à l'opération.

Les 59 autres cas sont ceux dans lesquels on a employé les autres procédés.

C'est la méthode sus-pubienne qui donne les meilleurs résultats. Dans cette ponction, l'infiltration urineuse est à craindre, mais la ponction rectale expose à la blessure du cul-de-sac recto-vésical.

Les deux médecins belges emploient le trocart ordinaire; mais avec l'aspirateur Dieulafoy il n'y a pas à redouter l'infiltration.

Moyen simple à employer dans l'œdème des membres inférieurs. — M. le Dr Michelon a publié, dans l'*Union médicale*, un moyen qu'il considère comme excellent, en ce sens que non-seulement il est peu douloureux, mais qu'il est très-bien supporté par les malades.

On enfonce dans les tissus œdématiés un trocart explorateur de trousse, dont on retire ensuite l'aiguille, comme s'il s'agissait de ponctionner une véritable tumeur. Aussitôt la sérosité s'écoule goutte à goutte par la canule de l'instrument. Cet écoulement devient bientôt continu, et, pour éviter de salir les draps

du malade, on adapte, à l'extrémité libre de la canule, un tube en caoutchouc de 0.60 cent. à 1 mètre de longueur, qu'on laisse pendre hors du lit, ayant soin de déposer au-dessous un vase destiné à recevoir la sérosité qui s'écoule. Une seule ponction suffit pour chaque membre.

Ce procédé, d'après l'auteur, aurait sur les piqûres l'avantage de fournir une quantité plus considérable de liquide, et de ne pas donner lieu à des eschares qui viennent compliquer fréquemment l'état des malades, de ne pas multiplier les piqûres, et enfin d'établir vers l'extérieur un courant rapide susceptible, dans une certaine mesure, de rétablir l'équilibre circulatoire interrompu.

Le Dr Southey (*Lancet*, may 5, 1877) présenta à la Société clinique de Londres quelques observations sur l'anasarque, traitée par le tube à drainage adapté à un trocart explorateur. Les canules sont un peu plus grosses que les canules à injection hypodermique; elles sont terminées par une petite extrémité renflée, ce qui permet d'y adapter le tube à drainage.

Des tumeurs des grandes lèvres et du clitoris, spécialement d'origine syphilitique. — Les notions que nous possédons sur les tumeurs des organes génitaux externes de la femme sont assez vagues pour que nous n'enregistrions pas celles que nous pouvons rencontrer. Le Dr Boyd, dans le *Dublin journal of méd. science*, 1877, p. 275, a communiqué à la Société obstétricale l'observation suivante :

Une femme, âgée de 38 ans, se présente avec une ulcération de vieille date à la jambe, présumée, d'après ses caractères extérieurs, de nature syphilitique. Pendant qu'elle était en traitement, on s'aperçoit de l'existence d'une volumineuse tumeur lobulée et fissurée, en continuité avec le clitoris dont elle émane, très-vasculaire d'ailleurs et devenant livide à la moindre pression. Cette tumeur, par son poids, avait dévié l'orifice uréthral et amené de l'incontinence d'urine. Un examen plus attentif avait fait reconnaître des traces de syphilides cutanées, et l'on conclut que la tumeur clitoridienne était d'origine syphilitique, car elle était survenue peu de temps après l'apparition des accidents initiaux de la vérole. On lia le pédicule, puis on excisa la tumeur et la guérison survint.

Pommade contre le pityriasis capitis, par M. Vidal. — M. Vidal, considérant le pityriasis comme se rattachant à la prédominance du système sudoripare sur le système sébacé, pense que la première condition de la guérison est de suppléer à l'insuffisance de ce dernier. Dans ce but, il emploie des pommades composées,

non pas de substances animales, dont le contact est assez souvent irritant et mal toléré, mais de graisses uniquement végétales.

Il prescrit habituellement la formule suivante :

Beurre de cacao..............	10 grammes.
Huile de ricin................	50 —

Le mélange de ces deux substances donne une pommade, ayant la consistance voulue, que l'on peut parfumer avec quelques gouttes d'une essence quelconque, et qui donne les meilleurs résultats.

Doses de quelques substances médicamenteuses, d'après le Répertoire de pharmacie.

I — Dosage par centigrammes.

Dose maxima de 24 heures.

Atropine..........................	0.001 à 0.004
Sulfate d'atropine..................	0.001 à 0.004
Digitaline..........................	0.002 à 0.010
Aconitine cristallisée de Duquesnel, 1/4 de milligr. toutes les quatre heures, jusqu'à..............................	0.002
Eserine............................	1/4 à 0.002
Hyoscyamine.........................	0.002 à 0.005
Daturine...........................	1/2 à 0.003
Curarine...........................	1/4 à 0.002
Nicotine...........................	1/2 à 0.003

Nous ne donnons que pour mention ces deux dernières, qui n'ont été employées jusqu'ici que dans le tétanos ou la rage.

II. — Dosage par milligrammes.

Dose maxima de 24 heures.

Morphine et ses sels..................	0.01 à 0.10
Codéine............................	0.02 à 0.10
Narcéine...........................	0.03 à 0.15
Quinine (sulfate neutre).............	0.25 à 1.00
Caféine (?).........................	0.20 à 0.50
Santonine...........................	0.05 à 0.30
Conicine ou cicutine.................	0.01 à 0.10
Vératrine...........................	0.01 à 0.03
Strychnine (sulfate).................	0.01 à 0.03
Haschischine........................	0.02 à 0.10

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE GENÈVE

Ce Congrès, qui avait réuni des médecins de presque tous les pays, ne foisonnait pas d'Allemands, comme nous le supposions. C'est que la lumière et le grand jour ne sont pas leur élément, et puis ils n'aimeraient pas à s'entendre reprocher publiquement leurs larcins scientifiques. Ouvert le 10 septembre, il a été clos le 15, et l'accueil le plus sympathique a été fait à nos compatriotes.

Dans la section de chirurgie, M. Verneuil a fait une communication sur l'influence de la grossesse sur les opérations chirurgicales; — M. Ollier, sur les résections articulaires sous-périostées; — M. Letiévant, sur la névrotomie; — M. Pamard, sur les abcès superpériostiques; — M. Reverdin, au nom de M. Esmarch, sur l'ischémie artificielle; — M. Th. Anger, sur l'application du thermo-cautère à l'opération de la taille; — M. Rouge, sur le traitement de l'ozène (nous en donnerons le résumé); — M. Trélat, sur les indications relatives de la prothèse et de l'opération plastique dans la division de la voûte et du voile du palais.

Dans la section de médecine, on a entendu des communications de M. Bacelli (de Rome), sur un nouveau mode de traitement des anévrysmes de l'aorte par dilatation latérale : ce mode consiste dans une ponction avec le trocart capillaire, et dans l'introduction, par cette ponction, d'un petit ressort de montre qui devient un centre formateur de caillots (M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il a employé avec succès l'électro-poncture); — de M. Revilliod, sur la diphthérie; — de M. Duval (de Genève), sur les résultats de la trachéotomie; — de M. Bouchut, sur la diphthérite; — de M. Hayem, sur les altérations du sang dans les anémies.

Dans la séance de médecine publique, on a entendu une lecture de M. le Dr Manouvrier (de Valenciennes), sur l'anémie des mineurs, dite d'Anzin; — de M. Dunant (de Genève), sur l'influence de l'émigration des campagnes dans les villes; — de Seguin (de New-York), sur l'uniformité médicale internationale; — de M. Magnan (de Paris), sur l'influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales; — de M. le Dr Cham (de Nice), sur la tuberculose, traitée sur les montagnes et sur les plages méditerranéenne.

Dans la section des sciences biologiques, la plus importante communication a été celle de M. Prévost, professeur à la Faculté de Genève, sur l'antagonisme en thérapeutique.

Dans la section d'obstétrique, MM. Piachaud (de Genève) et Courty prennent la parole sur l'emploi des anesthésiques dans l'accouchement. M. Courty pense que le chloroforme n'est pas indiqué dans les cas tout à fait normaux, non-seulement quand les douleurs sont très-fortes et irrégulières, ou bien quand les malades en réclament l'emploi. — M. Leblond lit un travail sur l'amputation du col utérin, et présente un spéculum qu'il a inventé pour faciliter cette opération. L'ex-français Kœberlé opère ainsi : il attire le col et le sectionne petit à petit avec le bistouri, en ayant soin de commencer par la partie antérieure et de cautériser à mesure avec le thermo-cautère. Cette méthode ne demande pas plus de vingt minutes.

Dans la section d'ophthalmologie, nous citerons la communication de M. Haltenhoff, sur l'étiologie et la prophylaxie de la myopie; — celle de M. Fieuzal, sur l'iridectomie préventive dans le glaucome.

Dans la section d'otologie, nous avons à signaler celle de M. Colladon (de Genève), sur la ténotomie du tenseur du tympan, dans les cas de catarrhe chronique de la caisse avec surdité progressive, désordres labyrinthiques, etc., tous accidents dépendant en partie d'une rétraction secondaire du muscle du tympan.

Dans les six assemblées générales, on s'est occupé des localisations cérébrales, de l'étiologie, de la nature et du traitement des maladies contagieuses du système pileux (professeur Hardy); de l'étiologie de la fièvre typhoïde (Bernard, de Paris); de l'ulcère chronique de l'estomac (Lebert); des décharges électriques de la torpille (Marey).

Le 15 septembre, à la séance générale du soir, le professeur Carl Vogt prononça le discours d'adieu et déclara la clôture du congrès, qui, l'an prochain, aura probablement lieu en Hollande.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

On a commencé à démolir les colonnes qui formaient le portique de l'ancien Hôtel-Dieu. La chute de l'une de ces colonnes a mis à découvert différents objets qui étaient placés entre la première et la seconde pierre formant la base. Ces objets se composaient de trois médailles en bronze, une médaille en or, deux pièces de monnaie dont une de 40 fr. en or et l'autre de 5 fr. en argent; toutes portaient la date de 1803, et étaient à l'effigie de Napoléon, consul. Il y avait en outre un vieux parchemin, tellement endommagé que l'écriture en est presque indéchiffrable.

En soulevant la pierre sur laquelle ces objets étaient placés, on a trouvé un autre parchemin, qui contenait les noms des compagnons ayant coopéré à la pose de la première pierre.

Ecole de médecine d'Amiens. — 1° Un concours sera ouvert le 30 octobre pour un emploi de chef des travaux anatomique;

2° Un concours sera ouvert le 5 novembre à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

3° Un concours sera ouvert le 29 décembre à la même Ecole, pour un emploi de suppléant à la chaire de clinique chirurgicale de pathologie externe et d'anatomie.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine qui finit le 28 septembre, la mortalité à Paris a été de 844, soit 76 en plus que la semaine précédente. Il y a eu augmentation de décès par fièvre typhoïde (38 au lieu de 29), par bronchite aigue (28 au lieu de 25), par diarrhée cholériforme des jeunes enfants (18 au lieu de 14), par *autres* affections aiguës (264 au lieu de 227), par affections chroniques (347 au lieu de 324)

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31



LAITS MÉDICAMENTEUX

Du Docteur BOUYER

IODE, ARSENCI, MERCURE, ETC. MINÉRALISÉS

Récompenses nationales.

Approbation des Sociétés savantes.

Lait iodique. — Quinze années d'expériences ont démontré que cette préparation était la plus sûre pour administrer l'iode sans danger et avec succès contre : Maladies chroniques de la poitrine, Phthisie, Scrofule, Lymphatisme, Goître, Dyspepsies, Engorgements et Catarrhe des organes génito-urinaires, Albuminurie, Epuisement, Diathèses diverses et tous les états morbides où il faut relever ou modifier la nutrition abaissée ou pervertie.

Lait arséniaté contre : Fièvres, Névroses, Vésanies, Dartres, Rhumatisme, etc.

Dans les maladies du cœur, nul traitement n'est plus efficace, quand il est continué plusieurs mois, que le suivant : une cuillerée à café de lait administré le matin, et un granule de digitaline le soir.

Ces Laits s'administrent sous forme de Sirops, de Poudres et de Chocolats.

Dépôt : Pharmacie CHEVRIER, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

Troisième année. N° 41. 11 Octobre 1877.

PARIS MÉDICAL

11 *Paris, octobre* 1877.

Académie de médecine (2 octobre). — M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur la fièvre typhoïde dans l'armée. Voici les conclusions de son travail.

1° Les causes de la fièvre typhoïde surgissent aussi fréquemment au dehors qu'à l'intérieur des casernes. Dans la majorité des cas, il y a concours de ces deux ordres d'influences morbifiques et de ce concours résulte une augmentation d'intensité de l'épidémie.

2° La prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée dépend surtout du degré de réceptivité spécial aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes. Si l'on retranche de la population d'une petite localité, les enfants, les vieillards, les cachectiques, les personnes en un mot, qui, par âge ou par santé, sont relativement moins accessibles à l'affection, on augmentera évidemment la chance d'atteinte de ceux qui constitueront le noyau de cette sélection. Ces chances arriveveront à leur maximum si l'on soumet cette population ainsi réduite aux influences de la vie en commun et de la résidence dans une grande ville.

3° L'accroissement actuel de mortalité dans l'armée française par fièvre typhoïde est le résultat, non pas d'une augmentation d'insalubrité du milieu militaire, mais d'une proportion aujourd'hui plus considérable de jeunes soldats spécialement enclins à cette affection. En supposant que le nombre des enfants de troupe fût notablement augmenté,

sans doute on constaterait dans la statistique médicale de l'armée, une fréquence plus considérable des affections propres à l'enfance (croup, diphthérie, coqueluche) sans être néanmoins autorisé à considérer l'installation des casernes comme plus favorable qu'auparavant à la genèse de ces maladies. D'ailleurs, si la fièvre typhoïde trouve des conditions de développement plus faciles dans notre armée actuelle parce que cette armée est plus jeune, on a chance de voir diminuer d'autant le nombre des affections propres aux vieux soldats. La statistique démontre une diminution marquée par phthisie pulmonaire, cette autre affection dominante dans nos régiments, diminution largement compensatrice, puis qu'en somme la mortalité totale de l'armée française (par toutes causes réunies), continue à décroître d'année en année.

4° Si l'armée française a été considérée longtemps comme particulièrement sujette à la fièvre typhoïde, cette opinion indique la lenteur de la diffusion des découvertes de l'Ecole de Paris, qui, la première, en a démontré les caractères anatomiques et cliniques.

5° La multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconsistante, décomposable et ne se résume point en un agent unique, préformé, offrant des causes exclusives et spécifiques.

6° L'immunité relative des armées en campagne démontre que l'extrême réceptivité du soldat ne suffit pas à la création spontanée de la maladie, dont certaines émanations morbifiques, résumées dans l'atmosphère des grandes villes, paraissent les causes les plus efficaces.

7° Les résultats obtenus dans l'armée par l'évacuation des foyers morbifiques, pourraient devenir le point de départ de mesures analogues pour la population civile. Rien n'est lamentable comme ces relations d'épidémies limitées à une ferme, à un hameau, sans que l'on ait songé à soustraire les victimes à un milieu meurtrier.

Il y a quatre ans, M. Léon Colin a communiqué à l'Académie un travail prouvant l'innocuité de la réunion des varioleux dans un même établissement, travail appuyé sur

l'agglomération à Bicêtre, pendant la guerre de 1870-71, de près de 8,000 soldats atteints de cette affection et il concluait à l'inanité des dangers reprochés à la concentration de ces malades en un même hôpital. Cette communication a fourni un argument de plus à la création d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux.

Pour la fièvre typhoïde, M. Léon Colin plaiderait volontiers la cause opposée; aussi il invoque devant l'Académie, l'exemple de l'armée, pour la réalisation, encore à l'avantage de la population civile, d'une mesure d'un tout autre genre, ayant un caractère plutôt libéral que restrictif, et méritant un des premiers rangs parmi les mesures sanitaires, à savoir l'évacution du foyer typhoïgène.

A M. Léon Colin succède à la tribune M. Guéniot qui lit un travail sur un procédé de version applicable aux cas difficiles et qu'il appelle *ano-pelvien.*

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Du tannin contre les vomissements incoercibles de la grossesse.

A la page 66 de sa thèse d'agrégation, en 1863, M. Guéniot s'exprime ainsi à propos du vomissement dans la grossesse :

« Ce qui frappe dans l'étude des causes si nombreuses qui ont été considérées comme déterminant les vomissements incoercibles de la grossesse, c'est d'abord leur multiplicité même et leur diversité; c'est en outre l'inconstance de leur action, inconstance telle que tantôt ces causes existent chez la femme enceinte sans que cette dernière soit affectée de vomissements opiniâtres et que, tantôt au contraire, les vomissements incoercibles menacent les jours de la femme sans qu'on puisse, d'une manière évidente, constater chez elle l'existence de ces mêmes causes. En sorte que l'étude étiologique de cette affection présente l'exemple singulier d'une divergence et d'une opposition de vues parfois complètes entre les divers auteurs, ceux-ci prétendant que les vomissements ne sont dus qu'à telle circonstance, exclusivement à telle autre; et réciproquement, ceux-là

croyant avoir trouvé le secret de la difficulté dans un fait qui jusque-là avait échappé à leurs devanciers. »

M. le Dr Duboué, directeur de la Maternité de Pau, vient de publier dans les *Archives de Tocologie* (septembre 1877) un très-important mémoire sur l'emploi du Tannin auquel il doit un succès inespéré.

Non pas que M. le Dr Duboué considère le Tannin comme une sorte de médicament spécifique ; mais en présence des nombreux moyens qui ont été employés avec des résultats divers dans cette grave affection de la grossesse, il est bon d'enregistrer les médicaments qui ont pu amener une heureuse terminaison, et de chercher à rayer, s'il est possible, le mot *incurable* dans la pathologie de ces vomissements.

Il s'agit dans le mémoire de M. Duboué, d'une jeune femme de 22 ans, qui sans être précisément maladive n'a jamais été douée d'une bien forte constitution. Mariée vers le milieu du mois de septembre 1876, elle est devenue enceinte bien vite après et a eu ses dernières règles le 23 septembre.

Dès les premiers jours d'octobre, elle a commencé à avoir des nausées et des vomissements, surtout le matin à jeun. Les matières alimentaires n'ont pas tardé à être rejetées à leur tour; mais quoique plus fréquents que d'ordinaire, ces vomissements, malgré leur persistance, n'ont inspiré aucune crainte jusqu'aux premiers jours de décembre. A dater de ce moment leur opiniâtreté a été telle qu'on a usé à les combattre, sans le moindre succès, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire : régime alimentaire varié, boissons glacées et alcooliques, vin de Champagne, amers et antispasmodiques, toniques de tout genre, bromure de potassium, opiacés, chloral et belladone, etc. Tous ces moyens employés tour à tour, ont été impuissants à arrêter les vomissements qui devenaient même de plus en plus fréquents.

Vers la fin de décembre, la maigreur et l'affaiblissement avaient déjà fait de notables progrès, la malade était en proie à de l'insomnie et à une céphalalgie presque continuelle et durant les quatre premiers jours de janvier 1877, la malade rejetait absolument tout, même l'eau qu'elle prenait par petite gorgée. M. Duboué était on ne peut plus préoccupé de cette situation; car il commençait déjà à constater quelques accès fébriles légers toutes les après-diners et il crut devoir faire part de ses craintes à la famille, tout en laissant entrevoir la nécessité probablement très-prochaine de recourir à l'avortement.

Mais, avant de prendre cette grave détermination qu'il est bien permis de n'accepter qu'à regret, il a tenu à employer le tannin dont il se croyait autorisé à attendre certains avantages

d'après quelques données que lui avait révélées l'étude de ce médicament. Il prescrivit en conséquence la formule suivante :

℞	Tannin.	2 grammes.
	Conserve de roses. . . .	q. s.
F. s. a.	20 Pilules argentées. . .	—

A prendre 2 pilules, le matin à une heure d'intervalle l'une de l'autre et 2 pilules, le soir, au même intervalle de temps.

C'est le 5 janvier au matin qu'il avait fait cette ordonnance. Or, en revoyant la malade le lendemain matin, il apprit qu'elle avait mal compris sa prescription et qu'elle n'avait pris dans sa journée, que deux pilules, au lieu de quatre. Mais, elle annonça avec une véritable joie que, deux heures après avoir pris sa première pilule, elle a pu garder un peu de bouillon. Néanmoins, les vomissements se sont reproduits dans la journée, mais beaucoup moins violents et à de plus longs intervalles. Le soir également, elle a pu prendre quelques gorgées de bouillon à trois reprises différentes, sans éprouver le besoin de le vomir et enfin le 6 janvier, quoique les vomissements persistassent encore, elle se sentit déjà soulagée et a pu garder un peu de lait. Quand elle apprit qu'elle n'avait pris que la moitié de la dose prescrite, elle demanda elle-même à l'augmenter. Mais, se trouvant trop heureux de constater ce soulagement tout à fait inespéré, M. Duboué s'opposa à toute modification de dose, dès l'instant où celle-ci avait paru si bien réussir, et il maintint la dose de deux pilules (0,20 cent. par jour).

Est-ce à un heureux hasard ou à un effet thérapeutique réel qu'il faut attribuer l'amélioration si rapide et véritablement merveilleuse qui s'est produite et qui n'a fait qu'augmenter les jours suivants ? Toujours est-il que les vomissements ont considérablement diminué, à partir du moment où la première pilule a été ingérée, que la dose d'aliments a pu être graduellement et impunément augmentée, que la variété dans le régime alimentaire (soupes grasses et maigres, œufs, pain, etc.) a pu être rapidement tolérée et qu'après six jours de ce traitement, la malade était devenue méconnaissable, tant les forces étaient revenues avec le retour du sommeil et de l'appétit. En outre la céphalalgie opiniâtre qui durait sans interruption depuis plusieurs semaines avait presque entièrement disparu, après quatre jours de traitement. Or, du 3 au 6 janvier cette céphalalgie avait été presque intolérable, et n'avait pas laissé un seul instant de répit à cette malheureuse jeune femme. Toutefois, les vomissements continuaient encore et les matières alimentaires étaient parfois rejetées; mais il ne s'agissait plus que de ces vomissements existant à un degré modéré, dans une multitude de grossesses normales

M. Duboué se proposait cependant de continuer pendant assez longtemps l'emploi de ces faibles doses qu'il savait d'ailleurs inoffensives, lorsque dans la matinée du septième jour du traitement, la malade accusa une sensation pénible de fer chaud à la région épigastrique. Quoique le pyrosis soit un accident fréquemment lié à l'état de grossesse, M. Duboué se demanda si l'acidité du tannin n'a pas pu contribuer à le développer et si la continuation prolongée de ce traitement ne pourrait pas l'entretenir. Il suspendit en conséquence l'emploi du tannin, au grand regret de la malade, se promettant d'ailleurs d'y revenir à la moindre apparition de vomissements alimentaires plus fréquents. Il prescrivit en même temps de l'eau de Vals aux repas et même dans les intervalles des repas, si cette sensation du pyrosis devenait trop pénible.

A dater de cette interruption de traitement, la grossesse a poursuivi son cours, sans accident d'aucune sorte, comme dans la grossesse la plus ordinaire. Quelques rares vomissements se sont montrés dans les quinze jours qui ont suivi. Le pyrosis seul a persisté, durant presque toute la grossesse; mais l'eau de Vals dont la malade a continué à faire usage, a constamment produit un soulagement des plus rapides.

L'accouchement a eu lieu le 12 juillet dernier et a été très-laborieux, par suite sans doute d'un très-léger rétrécissement du bassin, inaccessible au toucher; car il a été impossible d'atteindre l'angle sacro-vertébral.

Les suites de couches ont été des plus heureuses, à part des douleurs assez vives que la malade a éprouvées dans toute la ceinture osseuse du bassin et notamment au niveau de la symphyse pubienne. Ces douleurs ont été dues sans doute à un certain degré de disjonction des symphyses, par suite de la descente forcée d'une tête relativement volumineuse dans un bassin un peu étroit.

Voilà donc un état des plus graves qui s'est rapidement amendé, après six jours et demi de traitement et après une dose de 30 gramm. de tannin.

Ce n'est pas avec un seul fait qu'on peut trancher une question de thérapeutique aussi délicate que celle qui a trait aux vomissements incoercibles de la grossesse : on peut être induit en erreur par une de ces bizarres coïncidences, tantôt heureuses et tantôt malheureuses qui jettent tant d'obscurité dans de nombreux cas de thérapeutique. En se plaçant à un point de vue exclusivement scientifique, le plus sage sans doute eût été d'attendre de nouveaux cas, pour juger sainement de l'action réelle du tannin. Mais, en raison de la rareté même de ces cas, M. Duboué a cru faire chose utile en publiant ce fait qui pourra

être plus facilement et plus vite contrôlé par d'autres et que nous croyons utile de donner aux lecteurs du *Paris Médical.*

Trachéotomie avec le thermo-cautère dans un cas d'œdème inflammatoire de la glotte chez un homme de cinquante ans, par le Dr E. Mauriac, de Bordeaux.

Dans le n° 27 de *Paris Médical*, nous avons rapporté une observation de croup guéri par l'emploi du thermo-cautère. C'est encore un confrère Bordelais qui nous fournit aujourd'hui un exemple de l'application de ce procédé, non plus chez un jeune sujet, mais chez un adulte où l'œdème semblait être une indication précise de ce mode de traitement.

Voici l'observation que nous empruntons à la *Gazette médicale* de Bordeaux :

Le nommé C..., tailleur de pierres, âgé de 50 ans, demeurant à Bordeaux, se présente à la consultation publique de la Société médicale d'Emulation, le mardi 1er mai 1877. Il est atteint depuis plusieurs mois, d'une oppression qui, depuis huit jours, augmente sans cesse et lui rend tout travail impossible. Sa voix est altérée au point qu'il a peine à se faire entendre, sa respiration est gênée et sifflante.

Il est marié et père de six enfants bien portants, et n'a jamais eu aucun mal vénérien. Son père est mort à la suite d'un accident. Sa mère vit encore. Il y a environ cinq ans qu'il a la voix enrouée. L'oppression existe depuis longtemps, à un moindre degré. Il a aussi par moments quelques quintes de toux. Ce qui l'inquiète, c'est que depuis quelques jours, la gêne respiratoire s'est accrue dans des proportions considérables, et qu'il a maintenant de véritables accès de suffocation.

Il est d'une maigreur assez prononcée, mais il paraît que c'est là son état normal. Sa taille est élevée au-dessus de la moyenne ses muscles sont bien développés ; en un mot, il paraît doué d'une constitution suffisamment robuste. Sa peau n'est le siége d'aucune éruption, ni d'aucune cicatrice.

On ne trouve rien à noter du côté du cœur, ni du côté des gros vaisseaux. Il existe un certain degré de voussure sous-claviculaire. On constate à la percussion une exagération de sonorité au sommet des poumons. A l'auscultation, on entend à peine le bruit vésiculaire au niveau des points sonores. En arrière, à la base des poumons, quelques gros râles muqueux et quelques râles ronflants. On constate, en outre, un cornage très-prononcé.

Le diagnostic porté est le suivant : catarrhe chronique des bronches avec emphysème.

Le lendemain 2 mai, C..., est beaucoup plus oppressé que la veille. L'inspiration surtout, de plus en plus sifflante, se fait avec une très-grande difficulté. Il accuse de la gêne au niveau du cou et l'attribue à un refroidissement qu'il a pris, il y a quelques jours. La déglutition est douloureuse. Léger mouvement fébrile.

M. Mauriac inspecte son arrière-gorge; la luette et les piliers du voile du palais, sont rouges et enflammés.

L'examen laryn goscopique fut difficile. Après deux tentatives infructueuses, M. Mauriac parvint à placer convenablement le miroir, et il lui fit possible d'apercevoir deux bourrelets rougeâtres, violacés, qui obstruaient à peu près complètement l'ouverture des voies aériennes, et qui ne pouvaient être que les replis arytéo-épiglottiques gonflés par l'œdème inflammatoire.

Malgré la rapidité avec laquelle on procéda à cet examen, le malade fut pris tout aussitôt d'un accès de suffocation véritablement alarmant. Sa figure devint cyanosée et sa respiration fut sur le point d'être suspendue. Il courut à une fenêtre, s'accrocha à l'espagnolette et resta là pendent plusieurs minutes sous le coup d'une angoisse respiratoire inexprimable. Peu à peu ces accidents dyspnéiques suraigus se dissipèrent.

Le diagnostic n'était plus douteux : on avait affaire à un œdème inflammatoire des replis aryténo-épiglottiques parfaitement caractérisé. On ordonna l'application immédiate d'un vésicatoire au-devant du cou et un purgatif pour le lendemain matin, en recommandant au malade de ne plus sortir de chez lui et de prévenir à la première menace de suffocation.

La nuit du 2 et la matinée du 3 se passèrent à peu près bien. Le vésicatoire avait produit un certain degré de soulagement. Mais cette amélioration fut de courte durée. A midi on vint chercher en toute hâte, M. Mauriac lui disant que C..., étouffait littéralement depuis dix heures, qu'il était devenu bleu, etc., etc.

Comprenant la gravité de la situation et la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate, il s'associa le docteur Verdalle, et munis d'un thermo-cautère, les deux médecins se rendirent auprès de ce malheureux qu'il trouvèrent dans un état désespéré, étendu dans son lit, immobile, la figure cyanosée, les yeux ouverts et fixes, les pupilles dilatées. La gêne respiratoire est à son maximum ; la peau est froide, le pouls petit, à peine sensible. Il ne paraissait pas entendre. Sensibilité cutanée abolie. Jugeant le cas comme étant à peu près sans ressource, et après avoir fait part de leurs impressions à la famille, ils laissèrent

néanmoins entendre qu'il restait peut-être encore une chance de salut dans l'opération de la trachéotomie.

Sans perdre de temps, s'étant placé à la droite du malade, M. Mauriac s'arme aussitôt du couteau thermique, pendant que le Dr Verdalle fait fonctionner la soufflerie. Dès que la lame est au rouge sombre, M. Mauriac pratique sur la ligne médiane et antérieure du cou, immédiatement au-dessus du cartilage cricoïde, une incision verticale d'environ six centimètres, qui ne comprend d'abord que la peau. Dans un second temps, il divise les tissus sous-jacents jusqu'à la trachée, *sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang.* Fixant alors solidement le larynx entre le pouce et l'index de la main gauche, et tenant le couteau thermimique comme une plume à écrire, il cherche à diviser avec l'extrémité de la lame maintenue au rouge sombre, les premiers anneaux de la trachée. Ces anneaux étant en partie ossifiés résistent. Appuyant alors sur eux un peu plus fortement la pointe du couteau, l'instrument se brise entre ses mains, au niveau du point de jonction de la lame avec le manche. Comme il s'était prudemment muni de sa trousse, il lui fut possible de terminer sur-le-champ l'opération, en incisant la trachée avec un bistouri, ce qui ne se fit pas sans difficulté, tant était grande la dureté des anneaux de ce conduit.

Il s'écoula quelque peu de sang. La respiration, un moment suspendue, reprit, dès que M. Mauriac eut écarté avec le dilatateur les deux lèvres de l'incision. Mais il fallut exercer quelques pressions sur le thorax et employer quelques-uns des moyens stimulants usités en pareille circonstance. Bientôt, l'air pénétra largement dans les voies aériennes. Une grosse canule fut mise en place et maintenue à l'aide d'un lacet attaché autour du cou, selon les règles ordinaires. D'abondantes mucosités furent expectorées.

Malgré l'accident fâcheux survenu pendant l'opération, MM. Mauriac et Verdalle avaient agi avec une assez grande promptitude. L'anxiété respiratoire diminua rapidement; la teinte cyánosée de la face s'amoindrit, les lèvres devinrent rosées, les mouvements du thorax se régularisèrent et, en moins d'un quart d'heure, ils eurent la satisfaction de voir ce malade, qu'ils avaient trouvé un instant avant dans un état de mort apparente, s'asseoir sur son séant, les regarder d'un œil reconnaissant, leur serrer la main et boire seul, d'un trait, un demi-grand verre d'eau sucrée mélangée de rhum.

Après avoir recommandé de surveiller attentivement l'opéré, de l'alimenter avec des bouillons et du vin sucré et de nettoyer la canule toutes les fois qu'elle paraîtrait obstruée, ils se retirèrent. C... se trouvait dans un état relativement satisfaisant : sa

respiration s'effectuait librement par la canule, mais la prostration des forces était accentuée. On apprit alors aux deux médecins qu'on lui avait appliqué, à leur insu, dans la matinée, vingt sangsues aux cuisses. A part cette intervention étrangère, leurs prescriptions furent exécutées fidèlement. Le reste de la journée et la soirée se passèrent bien ; mais à trois heures du matin le malade, quelques instants après avoir bu une tasse de bouillon, fut pris tout à coup d'une pâleur subite ; sa respiration se suspendit ; il resta sans mouvement ni sentiment, et il expira en moins de cinq minutes, malgré tous les efforts faits pour le ranimer.

Cette observation inspire quelques observations.

D'abord c'est l'accident survenu dans la rupture de l'instrument. Faut-il l'attribuer à la construction de l'instrument ou à la chaleur trop forte ; nous n'osons nous prononcer, mais pour *éviter* la reproduction de cet accident, il est plus prudent d'employer un solide bistouri, réservant au couteau thermique la section des parties molles.

Nos confrères ont-ils eu raison de tenter ainsi l'opération *in extremis ?* Incontestablement. La trachéotomie est toujours, dans ces cas, une ressource suprême, et le médecin qui, par crainte d'un insuccès ne la pratiquerait pas, manquerait à son devoir. Le malade est revenu à la vie après l'opération. Il a succombé quinze heures après, il est vrai ; mais ce n'est pas l'asphyxie qui l'a tué. Sa fin brusque, entourée des symptômes qui ont été rapportés ci-dessus, prouve qu'il est mort à la suite d'une *syncope*, que la perte de sang occasionnée par les vingt sangsues de la veille n'a pas peu contribué à rendre grave.

DIVERS

Sur deux cas d'anévrysme cirsoïde traités par les courants continus; par le Dr J.-W. Hulke. — Nous avons publié dans le n° 40 de la première année de *Paris Médical* deux cas de guérison d'anévrysmes cirsoïdes, l'un par une injection de solution de tannin,, l'autre par l'excision au moyen de deux incisions semi-circulaires. Voici deux cas ou l'électricité a amené la guérison : nous les empruntons à M. le Dr Hulke qui les a publiés dans le n° du 9 juin 1876 de *Medical Times and Gazette*.

Dans la première observation, il s'agit d'une petite couturière, admise à l'hôpital le 22 mars 1876, et présentant au-dessous du sourcil droit une tumeur du volume d'une petite noix, molle,

compressible, pulsatile et empiétant un peu sur la paupière supérieure. A l'auscultation, on y entendait un murmure continu. Les branches antérieures de la temporale superficielle étaient très-dilatées, et le tronc même de ce vaisseau était tellement volumineux, qu'on le voyait faire un relief des plus accusés au point où il croise l'arcade zygomatique. Quant à la tumeur, elle paraissait correspondre à une anastomose entre la temporale et la sus-orbitaire. La compression de la temporale supprimait presque complètement les battements; celle de la sus-orbitaire était beaucoup moins efficace. La compression simultanée des deux vaisseaux amenait à la fois la disparition complète des battements et du souffle. On essaya d'abord, au moyen d'un appareil spécial, d'exercer une compression permanente sur l'arcade zygomatique et le rebord orbitaire. Mais ce traitement demeura sans effet. Le 14 juin on pratiqua la galvano-puncture. La tumeur devint plus dure, mais les battements persistèrent. Une nouvelle séance eut lieu le 1er juillet; les battements diminuèrent encore et disparurent le 3 juillet. A partir de cette époque, tout est rentré peu à peu dans l'ordre; la tumeur s'est complètement effacée; l'artère temporale et ses branches ont peut-être un diamètre moindre que celles du côté opposé.

La seconde observation a trait à un ouvrier de 28 ans, admis à l'hôpital le 20 mai 1876, et présentant derrière chaque oreille une tumeur large, proéminente, animée de battements, s'étendant en dedans jusqu'à la ligne médiane, en dehors jusqu'à la région occipitale et la nuque. La compression de l'artère occipitale extrêmement dilatée faisait cesser à peu près les battements dans toutes les tumeurs. Toutes les ramifications de la temporale superficielle étaient augmentées de volume, surtout en arrière et à droite. Le malade se plaignait d'un bruissement très-pénible dans les oreilles, et souffrait d'une céphalalgie intense et opiniâtre. La galvano-puncture produisit une modification très-notable dans la tumeur du côté droit; mais le malade, fort indocile, se refusa à la continuation du traitement et quitta l'hôpital. On apprit depuis qu'il avait été autrefois dans un asile d'aliénés.

Ces deux observations sont intéressantes et instructives. Elles prouvent, et la première d'une manière certaine, la possibilité de la guérison radicale et complète de l'anévrysme cirsoïde par le courant électrique. Nous avons cru devoir en donner l'analyse, bien que des faits analogues aient déjà été signalés.

— **Traitement des hémorrhagies de la paume de la main.** Dans les nos 31, 39 de *Paris Médical*, nous avons indiqué divers procédés employés pour le traitement des hémorrhagies de la

paume de la main. Dans une thèse soutenue récemment par le Dr Ledouble, il signale surtout l'emploi de l'éponge préparée à la ficelle. Selon lui, elle est indiquée, à l'exclusion des autres moyens qui peuvent toujours présenter quelques inconvénients :

1° Dans le cas d'hémorrhagies primitives ou secondaires précoces de la paume de la main, si la plaie est étroite, profonde, à bords déchiquetés, irréguliers ; si de larges débridements étaient indispensables pour atteindre les artères coupées.

2° Dans le cas d'hémorrhagies secondaires tardives.

Cette affirmation est basée sur ce fait, qu'il est impossible de prévoir si la gaîne cellulaire et la tunique externe des vaisseaux ne sont pas enflammées, et s'il n'y a pas périartérite ; en un mot, si les artères ne sont pas devenues friables.

L'éponge arrête l'hémorrhagie en comprimant directement l'arcade lésée, tant sur ses parois qu'à son ouverture ; en comprimant indirectement l'arcade opposée ; en déterminant une olighémie artificielle de toute la paume de la main. Elle agit à la fois par sa masse et par dilatation.

Une fois introduite dans une plaie, elle doit être abandonnée à elle-même ; il faut attendre patiemment qu'elle soit expulsée par le travail de cicatrisation. Elle ne cause aucune douleur, si l'on a eu soin de proportionner son volume à la largeur et à la profondeur de la plaie.

L'inflammation secondaire nécessaire à la guérison n'a jamais été l'origine d'un phlegmon diffus ou autre accident.

La guérison a été moins rapide que dans les autres traitements, mais ce léger inconvénient n'est rien à côté des craintes que doivent inspirer ces derniers.

Enfin, elle a l'avantage de permettre la proscription entière du perchlorure de fer, agent toujours dangereux entre les mains inexpérimentées.

Des précautions nécessitées par l'emploi du chloroforme pendant le travail. — Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de l'anesthésie pendant le travail. M. le Dr Lusk, de New-York, qui a étudié spécialement ce sujet résume ainsi son travail :

1° L'anesthésie profonde avec abolition complète de la sensibilité retarde et quelquefois suspend les contractions utérines. Il est donc indiqué de ne produire qu'une anesthésie incomplète afin d'éviter les hémorrhagies.

2° Le chloroforme, tel qu'il est aujourd'hui employé peut, dans des cas très-exceptionnels, ralentir les contractions et rendre nécessaire l'emploi de l'ergot et du forceps.

3° Le chloroforme est loin de présenter une immunité absolue lorsqu'il est employé en obstétrique comme quelques auteurs

l'ont avancé. Il n'est pas rare d'observer des accidents qui, sans être mortels, ont cependant une influence dans la production des maladies puerpérales.

4° Le chloroforme ne doit pas être employé pendant le troisième temps du travail.

5° L'influence du chloroforme employé à haute dose pendant le travail n'est pas encore bien connue et mérite d'attirer spécialement l'attention des accoucheurs.

Telles sont les opinions de M. le Dr Lusk; mais, d'un autre côté, nous trouvons dans *Boston medical and surgical Journal*, un travail d'un autre médecin américain, le Dr Minot, médecin de l'hôpital général de Massachusetts, qui se demande si l'emploi des anesthésiques ne produit pas l'hémorrhagie post puerpérale. Il rapporte 24 cas, dans lesquels les inhalations d'éther ont été employées, et sur ce nombre 7 ont été accompagnées d'hémorrhagie post puerpérale. M. Minot n'en conclut pas moins que l'éther est sans action sur la production de l'hémorrhagie, et il s'appuie sur les raisons suivantes :

En effet, sur ces sept malades, six avaient déjà été éthérisées pendant des accouchements antérieurs sans éprouver d'hémorrhagie; sur trois l'accouchement avait été très-laborieux et avait nécessité l'emploi du forceps. On ne saurait donc attribuer dans ces cas l'hémorrhagie à l'emploi de l'éther.

M. Minot incline cependant à croire que chez certaines femmes épuisées chez lesquelles l'utérus se contracte difficilement, l'éther pourrait avoir quelque influence dans la production de l'hémorrhagie.

L'éther agirait, dans ce cas, en prolongeant le travail et en diminuant le nombre et la force des contractions; mais la question est loin d'être tranchée dans un sens ou dans l'autre, et les observations recueillies jusqu'à ce jour ne permettent pas de conclure que l'éther ait aucune influence sur le nombre et l'intensité des contractions utérines.

Liniment pour tarir la sécrétion lactée.

M. le Dr E. Bertherand préconise le liniment suivant :

Essence de menthe poivrée........	6 grammes.
Essence de Bergamotte..........	6 —
Camphre........................	2 gr. 50 centigr.
Huile de ricin..................	110 grammes.

Faites dissoudre. — On frictionne les seins, trois fois par jour, avec ce liniment.

Arthrite blennorrhagique de l'articulation temporo-maxillaire,
par le Dr Durodié, de Bordeaux.

L'arthrite blennorrhagique se manifeste le plus habituellement aux grandes articulations ; M. le Dr A. Fournier, qui a dressé une statistique dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (t, V, p. 230) n'en a trouvé que 6 cas sur 212. Notre confrère de Bordeaux a eu la bonne fortune d'en rencontrer un cas qu'il a publié dans la *Gazette médicale* de Bordeaux. Nous le rapportons à cause de sa rareté :

Il s'agit ici d'un malade âgé de 42 ans, atteint pour la première fois d'une blennorrhagie, mais ayant eu, à l'âge de 20 ans, un rhumatisme qui a traîné successivement et lentement dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs. C'est vers le quinzième jour de la blennorrhagie, au moment où l'écoulement commençait à diminuer, que s'est déclarée une douleur très-vive dans l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, en même temps qu'une tuméfaction survenait rapidement. Bientôt on put reconnaître tous les caractères d'une arthrite aiguë. L'inflammation céda en peu de temps sous l'influence d'une application de sangsues, de l'immobilité la plus absolue et de fomentations narcotiques. Quatre jours plus tard le malade était dans la possibilité d'ouvrir largement la bouche. Au bout de huit jours l'arthrite était complètement guérie; l'écoulement recommença, mais avec une intensité moindre.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de Médecine de Paris. — A partir du lundi 15 octobre, la bibliothèque de la faculté de médecine sera ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et tous les soirs, de 7 heures 1/2 à 10 heures.

Nous annoncerons prochainement l'ouverture des différents cours de la Faculté.

Inscription du 4e trimestre de 1877. — Nous rappelons que le registre pour les inscriptions sera ouvert du 16 octobre au 15 novembre inclusivement. Les inscriptions seront reçues au secrétariat les lundis, mardis, mercredis et jeudis de chaque semaine, de 9 heures à 11 heures du matin et de 1 heure à 4 heures du soir. Passé ce délai, aucune inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale, accordée suivant le cas par M. le Rec-

teur de l'Académie de Paris, soit par M. le Ministre de l'Instruction publique.

Les consignations pour les examens seront reçues à partir du 19 octobre les vendredis et samedis de chaque semaine, de 1 heure à 4 heures.

Les exercices de dissection commenceront le 22 octobre

Assistance publique de Paris. — M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, a fait distribuer aux membres du conseil municipal le budget de son administration pour l'exercice 1878. Il résulte de ce document que, l'année prochaine, les prévisions de dépenses s'élèveront à 25,837,000 fr. L'évaluation de ses revenus propres, des recettes diverses, ainsi que les revenus des fondations, donnent un chiffre de 14,567,000 fr.

L'administration demande en conséquence l'allocation, par la ville de Paris, d'une subvention de 11,370,000 fr. La subvention allouée pour 1877 étant de 10,690,000 fr., il en résulte une augmentation de 680,000 fr.

Cet accroissement de dépenses provient principalement de l'augmentation du nombre des lits dans les hôpitaux, de la mise en service de l'hôpital de Ménilmontant, des subventions nouvelles à accorder aux bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements, etc., etc.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 4 octobre la mortalité à Paris a été de 881 décès; soit 37 de plus que la semaine précédente. L'augmentation a porté sur la pneumonie (57 au lieu de 45), sur le croup (16 au lieu de 10), sur les affections chroniques (380 au lieu de 347). Il y a eu diminution dans la mortalité par rougeole, par fièvre typhoïde, par diarrhée cholériforme. De telle sorte que le chiffre excédent de mortalité 37 se trouvent à peu près compris en entier dans la mortalité par maladies chroniques.

Nécrologie. — M. le professeur Broca vient de perdre son père, le Dr Broca, qui a exercé la médecine pendant plus d'un demi-siècle, à Sainte-Foy (Gironde).

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Nangis, le 14 août 1877.

Monsieur ROUVIÈRE, pharmacien,
à Nîmes (Gard).

Je viens vous remercier tout d'abord de l'envoi que vous m'avez fait et ensuite de la confiance que vous m'accordez en me demandant mon avis au sujet de vos préparations.

Votre **toile vésicante** a été employée **tous les jours** et je n'ai encore eu qu'à **me louer** de **son application**, je n'ai pas observé **une seule fois** de **l'angioleucite**, je **n'ai** pas eu **un seul cas d'érysipèle**, pas même **de cystite** qui se **manifeste** presque **toujours à** la suite des **vésicatoires ordinaires**.

Aucun malade ne s'est plaint d'être **obligé** d'uriner **souvent** ni **de** ressentir **la moindre chaleur** en urinant : c'est vous dire, je le répète, que je **n'ai pas observé du** tout **la cystite cantharidienne**.

Voulez-vous maintenant que j'aille plus loin et que je vous cite un **fait**, seulement entre plusieurs, pour vous prouver **l'innocuité** et la **supériorité** de **votre produit**.

La semaine dernière, je donnais (à l'occasion d'une pneumonie) **des** soins à **une** jeune religieuse des environs, personne d'un tempérament **extrêmement nerveux**, **un vésicatoire** conseillé par moi et pris à la **pharmacie de l'hôpital** avait été appliqué, des crises nerveuses en ont été la conséquence tant et si bien qu'il a fallu **après plusieurs heures de cruelles souffrances** enlever le vésicatoire **pour mettre** fin **à cet** état **vraiment alarmant. Un nouveau vésicatoire était indiqué, j'ai donné cette fois le vôtre** qui a été **parfaitement supporté : trois autres** ont été appliqués **à la suite** et acceptés sans répugnance par la malade qui **n'a pas souffert**. Si ce **fait** n'est **pas concluant** donnez m'en d'autres plus **probants**. Je vous en citerai encore si **je ne** craignais d'abuser de vos moments et de donner à ma lettre une proportion **exagérée**, mais voilà, si je m'y connais, **des expériences comparatives** suffisamment concluantes, je crois.

Quant à votre **tissu-calmant anti-congestif**, je n'ai eu également qu'à **m'en louer**, je m'en suis servi sur moi-même à l'occasion de **maux de reins** auxquels je suis excessivement sujet. Depuis son application je vais bien et **ne souffre plus**, les douleurs ont cessé dès le premier jour de son application. J'en ai fait appliquer **à quelques** personnes **à peu près dans** le même cas, pour des douleurs également **(rhumatismes musculaires), elles vont bien aussi et** ne **souffrent absolument plus**.

Honneur donc à vous, Monsieur, qui, par votre persévérance et votre **instruction**, avez trouvé moyen d'être utile à vos semblables.

En attendant, je ferai dans mon petit rayon tout ce qui **dépendra de** moi **pour vulgariser des produits d'une aussi haute valeur**. Si vous voulez **bien** m'en **adresser** encore un petit envoi pour l'hospice (dont je vous ai parlé plus haut) **qui m'en** réclame et qui très-probablement n'en emploira plus d'autre maintenant.

J'en serai très-heureux et vous remercie d'avance pour mes pauvres malades; faites de cette lettre tel usage que vous voudrez, quand on dit la vérité on ne craint pas la publicité.

Recevez mes salutations sincères.

Dr DENY.

Docteur de la faculté de Paris, élève de l'école pratique, ex-interne des Hôpitaux, médecin de l'hôpital de Nangis (Seine-et-Marne).

Troisième année. N° 42. 17 Octobre 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES. — Le phénate de soude en thérapeutique. — III. DIVERS. — IV. BIBLIOGRAPHIE. — Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale, par le Dr L. Hamon (de Fresnay), professeur libre d'accouchements. — V. INFORMATIONS. NOUVELLES.

Paris, 17 *octobre* 1877.

Académie de médecine (9 octobre). — M. Leven lit un travail ayant pour titre : *Des gaz de l'estomac et de l'intestin et de la dyspepsie flatulente*. Il a cherché à résoudre par la physiologie expérimentale et par la clinique cette question de la flatulence. D'après les physiologistes, les gaz de l'estomac viendraient de trois sources, — de l'air extérieur, du sang et des aliments. M. Leven a d'abord porté ses recherches sur les aliments. Si l'aliment est l'agent producteur des gaz, on doit trouver moins de gaz chez les animaux à jeun ; or c'est le contraire qui a lieu, ainsi que les expériences l'ont démontré chez des chiens tués après 48 heures de diète. Si on donne à l'animal une nourriture excitante telle que saindoux et choux, il survient une congestion de la muqueuse intestinale et stomacale et des foyers hémorrhagiques et une production de gaz inférieure à celle produite par l'alimentation viande et pain. D'où M. Leven conclut qu'une alimentation végétale fournit moins de gaz qu'une alimentation animale et qu'un tube digestif irrité en contient moins qu'un tube digestif qui ne l'est pas. En résumé : 1° la diète chez les animaux ne diminue pas la quantité de gaz que l'on trouve dans le tube digestif ; on en rencontre souvent une quantité plus grande que chez l'animal nourri ; 2° la quantité de gaz du tube digestif est indépendante de la quantité d'aliments et indépendante de leur qualité ; 3° la qualité des gaz n'est pas plus subordonnée au mode d'alimentation que la quantité ; 4° elle varie chez les animaux à jeun et chez ceux qui sont soumis au même régime alimentaire,

d'où cette conclusion confirmée par l'expérimentation physiologique : ce n'est pas l'aliment qui fournit les gaz.

D'où viendraient donc l'hydrogène carboné et l'hydrogène sulfuré? D'après les expériences de M. Leven, c'est dans le gros intestin que se forment ces gaz et c'est par suite des mouvements imprimés au tube digestif qu'on en rencontre dans l'intestin grêle des animaux sacrifiés.

De ces expériences découlent des conséquences pratiques, et il est aussi démontré que les gaz ne viennent pas des aliments. Et en effet, chez les dyspeptiques, ils se dégagent ou quand le malade a fini son repas, ou trois ou quatre heures après le repas, ou bien le matin à jeun, quand il a pris seulement quelques cuillerées de liquide. La clinique démontre encore que la dyspepsie stomacale précède toujours de quelques mois la dyspepsie flatulente. Or l'irritation s'étend de l'estomac à l'intestin et les contractions antipéristaltiques produites par cette opération font remonter les gaz de l'intestin dans l'estomac. A mesure qu'ils sont chassés, il s'en forme d'autres qui sont produits par l'air et par le sang. Donc M. Leven ne considère pas les gaz comme résultant d'une fermentation de l'aliment, mais d'une irritation de l'intestin qui se traduit dans la fibre musculaire par un trouble de sa fonction : à cette source productrice, il faut joindre les deux autres le sang et l'air. Au point de vue pratique, il n'y a pas à chercher de médication dans les poudres dites absorbantes. Si en bloc le charbon absorbe les gaz; en poudre il a perdu cette propriété.

A M. Leven succède M. Gallard, candidat pour la section d'hygiène, qui lit un mémoire sur les *Opérations interdites aux officiers de santé, et sur les lacunes de la loi et sur la nécessité d'une législation nouvelle*. Pour nous, la solution de cette question est bien simple, on l'a dit et répété bien des fois : il n'y a pas de demi-malades, il ne doit pas y avoir de demi-médecins. Qu'un officier de santé soit appelé à la campagne auprès d'une femme dans un accouchement laborieux ou retardé seulement par défaut d'inertie de l'utérus : une simple application de forceps suffit pour délivrer la femme. L'officier de santé ne *doit* pas la pratiquer. Qu'un enfant ait avalé un haricot et que ce corps étranger soit arrêté dans le larynx, l'enfant va succomber

asphyxié : la trachéotomie est urgente. L'officier de santé ne *doit* pas la pratiquer. Que la loi soit donc refaite pour l'exercice de notre profession et qu'elle décide la suppression de deux ordres de médecins.

M. Mialhe a occupé la tribune après M. Gallard et a donné lecture d'un mémoire *sur le rôle des alcalins dans l'économie animale.* M. Mialhe a essayé de résoudre cette question : les bicarbonates alcalins, administrés à hautes doses, peuvent-ils donner naissance à une cachexie spéciale désignée sous le nom de cachexie alcaline? L'ensemble des arguments tirés de la chimie, de la physiologie et de la pathologie conduisent M. Mialhe à résoudre cette question par la négative.

La Société de chirurgie vient de reprendre ses séances hebdomadaires. M. Lizé (du Mans) a envoyé à la Société la communication d'un cas d'accouchement difficile dans lequel ne pouvant pratiquer ni la version, ni la détroncation, il n'eut d'autre ressource que l'éviscération partielle du fœtus.

M. Desprès a communiqué une observation d'abcès sous-périostique des os de la jambe chez un sujet de 26 ans qui, avait eu une fracture de jambe, à l'âge de 17 ans, abcès qui s'était terminé par suppuration, sans sortie d'os. Le malade reprit son travail, mais il y a quelques mois, la jambe augmenta de volume; des douleurs atroces se manifestèrent vers la partie moyenne; la tuméfaction était uniforme, surtout au niveau de la fracture. Diagnostiquant un abcès intra-osseux, M. Desprès fit la trépanation de l'os au point le plus douloureux et arriva sur un abcès qui siégeait dans l'épaisseur de l'os, loin du canal médullaire et contenait à peine une cuillerée à café de pus. Après avoir rappelé les deux théories admises pour expliquer ces abcès, M. Desprès en propose une troisième qui serait un épanchement sanguin dans un canal de Havers, théorie combattue par M. Duplay.

M. Ledentu communique ensuite à la Société une curieuse observation de sclérème inflammatoire des grandes lèvres chez une petite fille de dix jours. La tuméfaction occupa d'abord la grande lèvre droite, dura quelques jours, puis se porta à gauche et ainsi de suite à plusieurs reprises. Sur ces entrefaites des plaques rouges disséminées

se manifestèrent sur les membres inférieurs et la mort survint au bout de quelques jours.

A la séance du 10 octobre, M. Le Dentu présente les pièces anatomiques d'une femme de 50 ans qu'il avait opérée le matin même d'une tumeur siégeant au niveau du condyle interne du fémur, tumeur qui s'était manifestée depuis quatre ans environ par des douleurs très-violentes et une augmentation notable de volume L'état général étant satisfaisant, l'ablation était indiquée et M. Le Dentu pratiqua la désarticulation de la cuisse par le procédé à deux lambeaux. Quelle est la nature de cette tumeur? Est-ce un ostéo-sarcome? est-ce un ostéo-chondrome? Divers avis sont donnés à ce sujet, mais il faut attendre l'examen au microscope pour pouvoir se prononcer avec assurance. M. Le Dentu a préféré pratiquer la désarticulation, à cause de l'état de la peau et il a employé la méthode de Lister, mais il s'est trouvé en présence d'un des inconvénients possibles de cette méthode, savoir le refroidissement par la pulvérisation. M. Sée pense que quel que soit le procédé employé, il y aura récidive, et M. Nicaise rappelle à l'appui de cette opinion, que dans un cas de sarcome à l'extrémité supérieure du tibia, il pratiqua la désarticulation du genou, ce qui n'empêcha pas la récidive dans la plaie, avant la fin de la cicatrisation et le malade succomba à un cancer du poumon,

Malgré ces faits, M. Marjolin croit qu'il ne faut pas renoncer à pratiquer l'amputation quand on rencontre des tumeurs de cette nature, car s'il y a des récidives, il y a aussi des guérisons et il cite à l'appui l'observation d'une religieuse à qui il a pratiqué, il y a vingt ans, l'amputation de la cuisse et chez qui il n'y eut jamais de récidive autre que quelques engorgements ganglionnaires.

M. Duplay rapporte l'observation d'un jeune homme qui, pendant son travail, fut projeté contre un mur et reçut un coup violent sur le côté droit de la face. Il se manifesta un gonflement assez violent. Huit jours après, toute la moitié droite de la face était tout à fait contractée et l'autre côté était intact. Le malade guérit et M. Duplay croit qu'il y a contracture réflexe.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Le phénate de soude en thérapeutique.

Dans les nos 38 et 39 de *Lyon médical*, M. le Dr Pernot vient de publier un très-intéressant mémoire sur les actions thérapeutiques, hygiéniques et désinfectantes du phénate de soude brut et de cet important travail il résulte que ce médicament peut presque être considéré comme le spécifique de la coqueluche. L'an dernier notre confrère avait déjà communiqué quelques unes de ses idées au congrès de Clermont. Après un an d'études plus étendues, il s'est cru en droit d'appeler l'attention sur ce médicament. Nous allons donner une analyse de son mémoire.

L'action du phénate de soude est complexe et multiple; d'après M. Pernot on peut la diviser en deux principales :

1° Son action modificatrice et curative sur les affections bronchiques et presque spécifique sur la coqueluche;

2° Son action désinfectante et antiseptique.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les procédés de fabrication, mais nous rappellerons seulement que ce médicament est le produit de la distillation du goudron de houille et qu'il l'appelle *phénate de soude brut* parce qu'il renferme, à l'état où il l'emploie, non-seulement de la soude et de l'acide phénique, mais beaucoup des éléments du goudron.

Toutefois les affections nerveuses et spasmodiques des bronches, asthmes, catarrhes, grippes, simples rhumes au début, sont singulièrement influencées par les vapeurs du phénate de soude brut.

Quant à la coqueluche, M. Pernot croit pouvoir affirmer que cet agent est héroïque, et qu'il serait presque un spécifique si la coqueluche pouvait être guérie d'emblée.

Les observations sont nombreuses et d'une façon générale on peut les résumer en ces quelques mots :

1° Diminution notable des quintes après deux à dix jours de traitement.

2° Respiration moins pénible, moins anxieuse.

3° Quintes de moins longue durée,

4° Diminution des vomissements, par cela même peut-être que les quintes sont moins longues.

5° Enfin, la coqueluche la plus prononcée reste dans le *statu*

quo dès le commencement du traitement pour diminuer d'intensité peu à peu et assez rapidement.

Voici de quelle façon notre confrère a l'habitude d'agir dans les affections nerveuses des bronches :

Il fait placer le liquide dans un petit creuset en porcelaine situé au-dessus de la flamme d'une lampe à esprit de vin qui le maintient à une température constante et pendant le temps voulu; le phénate de soude se volatilise, il ne reste presque rien au fond du creuset; mais l'atmosphère de la chambre du malade est imprégnée de vapeurs d'acide phénique mélangées aux éléments du goudron de houille.

A défaut de cet appareil, on se sert d'une brique réfractaire que l'on fait chauffer à une température suffisante pour vaporiser le phénate de soude, et cela suffit.

Dans les coqueluches les plus rebelles, M. le Dr Pernot n'a employé ce traitement que trois fois par jour, en ayant soin de laisser l'enfant deux ou trois heures au moins respirer un autre air dans une pièce voisine. En général c'est le matin et le soir que l'on doit faire aspirer ces vapeurs, dont la quantité varie suivant les dimensions de l'appartement. Il fait en outre placer à demeure, au-dessous du lit, une petite soucoupe contenant du liquide pur qui, même à froid, dégage des émanations à l'odeur desquelles on s'habitue très-vite.

Voici quelques observations que cite M. Pernot à l'appui de ce traitement.

Mlle V..., âgée de 8 ans et demi, forte et robuste enfant, fut atteinte en février 1877 d'une coqueluche des plus violentes; tous les moyens ordinaires de traitement avaient été employés, y compris le changement de milieu. (Elle fut envoyée dans les environs de la Tour-du-Pin pendant une quinzaine de jours). Aucune amélioration ne se manifestait; toux convulsive, fréquente; quintes prolongées, vomissements et épistaxis journaliers, amaigrissement extrême. C'est seulement le 17 mars que M. Pernot fut appelé : il commença immédiatement le traitement par les vapeurs de phénate de soude brut. Tous les remèdes vantés contre la coqueluche avaient été employés.

M. Pernot fit verser dans une capsule de porcelaine 40grammes environ de phénate de soude brut, et au moyen d'une lampe à alcool, les vapeurs se dégagèrent peu à peu chaque soir et chaque matin, dans l'alcôve où reposait l'enfant. En même temps il fit placer à demeure, au-dessous de son lit, une soucoupe contenant du liquide pur. Dans l'après-midi du 18 mars, après deux séances, M. Pernot fut témoin d'une quinte dont la durée surpassait de beaucoup celles que Mlle V... avait eues jusqu'à ce jour. Surpris de ce résultat, il fit continuer néanmoins le traitement

et faire, trois fois par jour, respirer à la jeune malade les vapeurs du phénate de soude. Il prescrivit l'eau fraîche pour calmer les quintes et revint le soir à 8 heures et demie. Mlle V..., qui depuis le mois de février avait eu en moyenne 15 à 20 quintes par jour, n'avait toussé que *deux fois* entre la visite de deux heures et celle du soir. M. Pernot fut encore à cette heure témoin d'une quinte moins longue, et moins douloureuse.

Jusqu'au 25, Mlle V... fut exclusivement soumise au même traitement. Les quintes devinrent de moins en moins fréquentes (4-5 par jour), plus de vomissements, très-légères épistaxis le 18 et le 19, que M. Pernot attribuait à l'habitude qu'avait la malade de porter ses doigts au nez.

Après 7 jours de traitement à l'exclusion de tout autre, Mlle V... était presque complètement guérie, et de 15 à 20 accès de coqueluche, elle était arrivée à 2 ou 3 environ. Le 29 mars, la petite patiente fut envoyée à la campagne, et le 20 avril, elle était grasse, fraîche et entièrement rétablie.

Cependant, au mois de juillet, elle s'est enrhumée à la suite d'une partie de plaisir gâtée par un orage; les parents ont fait subir immédiatement à leur fille le traitement ancien, et au bout de quelques jours, il n'était plus question de rien.

L'observation suivante est relative à un cas d'asthme qui fut également guéri par le même médicament.

Mme S..., âgée de 32 ans, tempérament extrêmement nerveux et née de parents rhumatisants et catarrheux, fut atteinte à la suite de sa dernière grossesse de violentes crises d'asthme. Au milieu de la nuit, elle était obligée de se lever brusquement sur son séant; et l'état d'extrême angoisse et d'asphyxie qu'éprouvait Mme S.... se manifestait plus particulièrement à l'époque de ses règles.

Les cigarettes antiasthmatiques, le papier nitré, les inhalations d'éther, de chloroforme, etc., etc.; enfin tous le traitement classique et rationnel n'ont donné que de faibles résultats.

Ce fut alors que M. Pernot eut l'idée d'employer les vapeurs de phénate de soude brut, qui, dans cette nouvelle forme d'affection bronchique, ont été fort utiles. Au début de l'accès, Mme S... fut enfermée dans son alcôve, soumise à l'action des vapeurs phénatées; deux fois de suite, à deux mois de distance, il put constater qu'après 15 à 20 minutes du traitement, l'étouffement s'était arrêté, l'angoisse avait diminué, et depuis les accès ont semblé ne pas revenir avec autant de fréquence.

Le phénate de soude brut possède aussi toutes les propriétés tant vantées de l'acide phénique, phénol, etc., comme antiépidémique, anticontagieux, antiseptique.

Nous pouvons résumer ainsi le mémoire de M. le Dr Pernot :

1° Le phénate de soude brut est presque un spécifique de la coqueluche;

2° Les grippes, les bronchites au début sont rapidement et sensiblement améliorées;

3° Son action désinfectante est incontestablement la plus rapide, la moins déagréable à l'odorat et la plus complète;

4° Il est antiseptique, d'une utilité réelle en temps d'épidémie;

5° Enfin, l'odeur qu'il dégage surprend au premier abord; mais bien vite on s'habitue à ces émanations phénatées goudronneuses.

Quant au prix de revient, il est des plus modiques.

DIVERS

Contre-poison de quelques préparations arsenicales. — M. le Dr Rouyer vient de publier quelques-unes de ses expériences sur les doses toxiques de quelques préparations arsenicales soit introduites dans l'estomac, soit injectées dans le sang. Ce qui nous intéresse le plus dans ce travail, c'est la quantité de contre-poison qu'il faut administrer pour une dose toxique et au bout de combien de temps les effets du poison peuvent encore être neutralisés. Les expériences faites avec la même méthode ont confirmé ce fait connu, que l'hydrate de sesquioxyde de fer récemment préparé, gélatineux et brun, est un contre-poison de l'acide arsénieux; qu'il n'agit que sur l'acide arsénieux contenu dans l'estomac et non sur celui qui a passé dans le sang; que son efficacité a été manifeste une demi-heure et trois quarts d'heure après l'empoisonnement; mais il résulte aussi de ces expériences que l'hydrate ferrique n'est pas le contre-poison de l'arsénite de potasse ni de l'arséniate de soude. L'auteur propose comme antidote de ces deux composés arsenicaux le chlorure ferrique joint à la magnésie, qui est également un contre-poison de l'acide arsénieux. L'hydrate ferrique et le chlorure ferrique, joints à la magnésie, sont mis à peu près au même rang contre l'acide arsénieux; mais l'antidote nouveau neutralise aussi les deux autres composés, et il a l'avantage d'une préparation plus facile et d'une conservation plus sûre. Quel que soit le contre-poison, il sera avantageux d'employer, une heure après, un purgatif pour expulser l'arsénite ferrique qui prend naissance et qui pourrait être le point de départ d'un nouvel empoisonnement. Cet arsénite ferrique étant soluble dans les acides, on évitera de donner au malade des boissons acides.

Du morphinisme. — On ne peut nier qu'il n'existe actuellement un peu d'abus dans l'emploi des injections hypodermiques de morphine. Après l'engoûment vient la période de réaction. Depuis quelque temps on a cherché à prouver que ce mode de traitement pouvait avoir un effet délétère sur la santé et on a donné le nom de morphinisme aux accidents auquels il a donné lieu.

Voici une observation rapportée par Hirchberg dans un journal allemand et dont nous empruntons le résumé au *Bulletin de thérapeutique*.

Mlle S. C., rachitique (scoliose), se présenta pour la première fois à l'auteur avec une hémicranie gauche très-violente offrant tous les caractères d'une névralgie partielle du trijumeau.

Le maximum de la douleur correspond à la région sus-orbitaire, les paroxysmes reviennent de trois en trois minutes. Le sulfate de quinine, les frictions, l'électricité, employés pendant un certain temps, n'eurent d'autre résultat que de porter de trois à cinq minutes l'intervalle des accès douloureux. L'auteur se résolut à faire une injection de morphine dans la région sus-orbitaire, solution au quatre-vingt-dixième. La première fois, on injecte en tout 1 centigramme de *morphine*.

Immédiatement après, la douleur devient atroce et se déplace de telle manière que son maximum se trouve à la région occipitale. Ce paroxysme dure deux heures, puis la malade s'endort et repose pendant quelque temps, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux mois. Il est peu probable que les accès douloureux aient cessé pendant le sommeil, car elle a toutes les cinq minutes des mouvements convulsifs de la face, qui font croire à leur persistance. Au réveil, les choses se passent exactement comme avant l'injection.

Le lendemain, le même traitement produisit une exagération de la douleur, puis le sommeil n'eut pas plus de résultat que la veille.

Dans ces circonstances Hirchberg crut qu'il serait avantageux de chloroformer la malade avant l'injection. Cette pratique lui réussit mal, et, pour combattre les phénomènes d'asphyxie qui se montrèrent presque immédiatement, il dut recourir à la respiration artificielle, à la titillation de la luètte, aux affusions. Enfin la malade se réveilla au bout de douze heures.

Voyant qu'il n'était pas possible de continuer les injections dans la région sus-orbitaire, il les fit toujours depuis lors sur la face externe du bras.

En 1862, la malade présenta des troubles gastriques caractérisés par des vomissements muqueux ou même sanguinolents,

un dégoût prononcé pour les aliments, une sensibilité exagérée de l'épigastre; on crut même un instant à un ulcère simple.

En 1863, elle eut d'abord une coloration bleue des deux paupières pour laquelle elle fut conduite à la clinique de de Græfe, puis des hémorrhagies multiples, et très-probablement dyscrasiques. L'auteur ne croit pas qu'on doive les attribuer à la morphine, car la malade suivait au moment où elles apparurent, un régime essentiellement débilitant, elle ne prenait chaque jour qu'une ou deux tasses de lait et des gâteaux légers; enfin, au mois de décembre de la même année, elle eut une attaque nocturne de dyspnée accompagnée de sueur et de cyanose de la face, telle, que l'on pensa, au début, qu'elle tenait à un œdème de la glotte.

L'examen des replis aryténo-épiglottiques montra que l'on n'avait affaire qu'à une dyspnée d'origine nerveuse. Ces accès se sont présentés trois ou quatre fois dans la même année.

Un régime reconstituant, l'usage du champagne, etc., firent disparaître la diathèse hémorrhagique et les accès de dyspnée, mais la névralgie du trijumeau persistant toujours, on dut continuer l'usage de la morphine. Les doses ont été graduées de la manière suivante :

De 1862 à 1865	4	centigr.	par jour.
De 1865 à 1868	6	—	—
De 1868 à 1872	9	—	—
Ce 1872 à 1876	10	—	—

Bien que l'alimentation ait toujours laissé à désirer, les forces se sont conservées et l'intelligence est restée intacte. Les piqûres ont produit, outre les petites hémorrhagies déjà mentionnées, des abcès peu étendus, mais depuis plus de deux ans ces accidents ne se sont plus montrés.

Ainsi donc l'usage des injections de morphine, continué pendant quatorze ans, n'a point produit d'accidents graves; de plus, leur interruption était à chaque fois suivie de l'exacerbation des phénomènes existant, soit de la dyspnée, soit de la dyscrasie, soit de la douleur. Pendant ce long intervalle, l'auteur n'a perdu sa malade de vue que pendant cinq mois en deux fois (un mois en 1866, quatre mois en 1870),

Il attribue cette tolérance de la morphine au soin qu'il a pris de donner la même dose pendant très-longtemps, de sorte qu'il a pu, en augmentant progressivement, ne pas dépasser, 10 cent. par jour.

Albuminurie traitée par l'arsenic. — Dans le nº 29 nous avons rapporté un cas de guérison d'albuminurie pendant la grossesse, à l'aide du jaborandi. Dans le nº 35, nous avons

publié un article sur les dangers qu'il y a à administrer des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales.

Semmola, d'après le professeur Jaccoud, recommande l'emploi des granules d'acide arsénieux dans le traitement de la maladie de Bright, au moment où l'on commence à donner de la viande au malade après le régime lacté. D'après les observations personnelles de M. Jaccoud, l'absorption des albuminoïdes serait facilitée par cette médication.

Les recherches de M. Lauder Brunton semblent confirmer cette manière de voir. Cet auteur a, en effet trouvé que, dans certains cas, l'absorption des matières albuminoïdes par l'intestin est une cause d'albuminurie, à forme intermittente, et en rapport avec la digestion; que, dans ce cas, l'utilité de l'arsenic est démontrée; que celle de la pancréatine est probable; enfin, que la quinine augmente la proportion d'albumine rendue.

Nous ne révoquons nullement en doute les assertions de MM. Semmola, Jaccoud et Lauder Brunton, toutefois nous croyons qu'il y a de grandes précautions à prendre et que ce genre de traitement nécessite une très-grande prudence.

Ozène. — Voici les conclusions du mémoire que M. le Dr Ronge, de Lausanne, a lu au Congrès de Genève et dont nous avons promis la communication dans l'avant dernier numéro (40, voir aussi le nº 38).

1. L'ozène, fétidité spéciale de l'air expiré par le nez, résulte d'une suppuration des fosses nasales ou de leurs annexes, qui sont : les sinus frontaux, les cellules ethmoïdales, les sinus maxillaires.

2. Cette suppuration paraît avoir toujours pour point de départ une altération du squelette des fosses nasales ou de leurs annexes.

3. Le degré de fétidité de l'haleine nasale est déterminé par l'étendue de la lésion osseuse : plus celle-ci est considérable, plus aussi l'ozène est accentué.

4. Abstraction faite de la lésion osseuse, la stagnation du pus dans les sinus, d'où il ne s'écoule que par regorgement, contribue à la production de l'ozène.

5. Lorsqu'on ne trouve pas la cause de l'ozène dans une altération des parois de la cavité nasale, il faut la chercher dans les sinus et dans les cellules de l'éthmoïde.

6. Le traitement local de l'ozène est le suivant :

a) Lavage des fosses nasales au moyen de douches et d'irrigations souvent répétées. Le liquide employé varie suivant les indications.

b) Insufflation de poudres astringentes, caustiques ou désinfectantes.

c) Cautérisation avec les caustiques chimiques solides, liquides, pulvérulents. Emploi du galvano-cautère.

d) Rugination des ulcérations, extraction des séquestres, drainage des sinus. Pour remplir cette indication, il faut détacher le nez par le procédé sous-labial, qui permet l'exploration directe des fosses nasales, l'extirpation des parties nécrosées et l'ouverture des sinus. Ce procédé ne laisse aucune cicatrice apparente, aucune difformité.

7. Le traitement général est basé sur l'état constitutionnel du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

Essai pratique sur la traction mécanique obstétricale,
par le Dr L. Hamon (de Fresnay), professeur libre d'accouchements.

Selon une habitude qu'il a depuis longtemps contractée, le Dr Hamon, dans ce nouvel ouvrage, s'inquiète peu des arguments souvent erronés de la théorie et ne se préoccupe que du côté pratique de la question, ce dont nous le félicitons hautement. Après quelques considérations historiques, l'auteur décrit successivement les divers appareils à traction présentés jusqu'à ce jour et, avec autant d'équité que d'indépendance, il en fait ressortir les qualités et les défauts. Il donne ensuite la description de son propre appareil, qu'il est porté à considérer, et nous sommes de son avis, comme le plus simple et le plus grand perfectionnement que l'on puisse réaliser dans l'état actuel de la science.

Cet instrument est d'une telle légèreté et d'un si petit volume, que l'on peut toujours, comme le dit notre savant confrère, l'avoir dans sa poche. Son maniement est des plus simples, son mode d'action irréprochable, et d'après ce que nous avons vu, nous sommes heureux de déclarer que, dans la pratique, son fonctionnement ne laisse rien à désirer.

L'auteur a donné, avec raison, les plus grands développements à la partie clinique de son livre. Il relate, avec tous les détails nécessaires, 17 observations choisies parmi le grand nombre de faits qu'il possède. Ces faits mettent en lumière l'innocuité d'une méthode que l'on peut dire tout à fait nouvelle, et que l'indifférence des uns, le parti pris des autres ont empêchée jusqu'à ce jour, de passer dans les habitudes de la pratique. Les

faits cités par le Dr Hamon prouvent, jusqu'à la dernière évidence, que la *traction mécanique*, opérée avec un instrument bien établi, constitue une *méthode de douceur* par excellence, qui sauvegarde infiniment mieux que la *traction manuelle*, les intérêts de la mère et de l'enfant, et ceux même de l'accoucheur. Il suffit de lire cet ouvrage, écrit avec autant de conscience que de conviction, pour se convaincre que cette voie, ainsi que le dit l'auteur, est celle de l'avenir, car c'est la voie d'un immense et incontestable progrès accompli dans l'art si difficile des accouchements.

On aurait tort de croire, du reste, que cet ouvrage ne traite que de la traction mécanique. Il constitue, en quelque sorte, un court exposé de *dystocie courante*, si l'on peut s'exprimer ainsi. Le Dr Hamon, aux prises avec les difficultés obstétricales qui se présentent chaque jour dans la pratique, signale les procédés opératoires les plus sûrs, les plus faciles, et indique les instruments auxquels il convient de recourir de préférence dans tel ou tel cas donné. Il insiste, à chaque instant, sur les raisons qui militent en faveur du choix de telle ou telle variété de forceps, choix qui, à ses yeux, a une grande importance pour la prompte et heureuse terminaison du travail. Il ne néglige aucune occasion de signaler à ses lecteurs les *petits moyens* que lui a fait connaître sa longue expérience, pour simplifier les manœuvres tocologiques et faciliter l'emploi des divers instruments obstétricaux.

On peut se convaincre, d'après ce court aperçu, de l'excellent esprit qui règne dans ce nouvel ouvrage du Dr Hamon, et surtout de sa grande utilité pratique. Nous engageons ceux de nos confrères qui se livrent à l'art difficile des accouchements, à le lire et à le méditer. Sous un petit volume et sous une forme attachante, il leur permettra d'étudier en quelques instants, sous toutes ses faces, une question qui, jusqu'ici, n'a pas encore été traitée d'une manière complète, au point de vue spécial où s'est placé l'auteur, c'est-à-dire au point de vue de la pratique.

Quant à nous qui, pendant vingt ans, nous sommes, comme le Dr Hamon, livré à la pratique des accouchements en province, et qui nous rappelons les difficultés inouïes que l'on rencontre quelquefois, à la campagne, dans l'application du forceps, lorsqu'il faut faire cette application, non-seulement sans aides intelligents, mais *sans aide aucun*, nous n'avons qu'un regret, c'est de ne pas avoir connu alors la méthode et les instruments du savant auteur de la traction mécanique. Que de peines ils nous eussent épargnées. Puissent nos jeunes confrères profiter des regrets que nous exprimons ici !

Dr Brochard.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Les bains externes à l'hôpital Saint-Louis. — Le conseil municipal de Paris a consacré la presque totalité d'une de ses dernières séances à discuter un projet présenté par l'Assistance publique pour la reconstruction du bâtiment des bains externes à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une dépense de près de 800,000 fr.

On sait que l'hôpital Saint-Louis est surtout destiné au traitement des maladies de la peau. De là la nécessité, outre le service des bains à donner aux malades soignés dans cet hôpital et qu'on appelle les bains internes, d'avoir un service de bains externes fréquenté par les malades de la ville. Le bâtiment affecté à ce dernier service est dans un tel état de délabrement que toute réparation aurait été insuffisante. Mais le projet de reconstruction soumis au conseil par l'assistance publique a provoqué de nombreuses critiques de la part de la commission, l'emplacement en est trop restreint, les bâtiments sont agglomérés, les cours sont étroites, etc. M. le rapporteur concluait donc au rejet des plans produits par l'administration, mais il faisait remarquer que le service des bains internes ne fonctionne qu'une partie de la journée et qu'on pourrait sans trop de frais utiliser ce service pour donner des bains externes. Plusieurs membres du conseil, notamment MM. Lauth et MM. les docteurs Ch. Loiseau et Delpech, ont objecté qu'il en résulterait une promiscuité entre les malades de l'hôpital et ceux de l'extérieur, et que cet état de choses rendrait la surveillance très-difficile. En conséquence, tout en reconnaissant que le projet était défectueux, ils demandaient que le conseil votât en principe la reconstruction du bâtiment des bains, sauf à modifier le projet.

Le conseil a écarté cette solution et s'est rallié aux conclusions de la commission. Le bâtiment des bains externes ne sera donc pas reconstruit et les travaux seront réduits à des appropriations de peu d'importance.

Société contre l'abus du tabac. — La Société met au concours la question suivante : « Influence du tabac sur les fonctions de la génération. Dans quelle mesure le tabac peut-il déterminer la dégénérescence de la race ? »

Adresser le mémoire sous les formes académiques, rue Saint-Benoît, 5, à Paris.

Cours complémentaires de la Faculté de médecine. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 11 octobre, les agrégés et les médecins dont les noms suivent ont été chargés, pour une période de dix ans, des cours complémentaires :

Maladies mentales : M. Auguste Voisin, à la Salpêtrière.

Maladies de la peau: M. Besnier, à Saint Louis.

Maladies des enfants : M. Archambault, aux Enfant-malades.

Maladies des yeux : M. Panas, à Lariboisière.

Maladies des voies génito-urinaires : M. Tillaux, à Lariboisière.

Maladies syphilitiques : M. Fournier, à St-Louis et M. Mauriac, au Midi. M. Fournier traitera des formes secondaires et tertiaires de la syphilis; M. Mauriac s'occupera des maladies syphilitiques et vénériennes.

Hôpital St-Louis. — M. le Dr Péan a repris ses opérations et ses leçons de clinique chirurgicale, le samedi 13 octobre à neuf heures et il les continuera les samedis suivants à la même heure.

Concours de l'Internat. — L'épreuve écrite pour le concours de l'internat a eu lieu samedi 6 octobre. La question posée aux candidats était la suivante : *Vaisseaux sanguins du cou : gangrène pulmonaire.*

Travaux de l'École pratique. — Jeudi 11 courant a eu lieu l'adjudication des travaux de reconstruction et d'agrandissement de l'École pratique de la Faculté de médecine. Ces travaux évalués à la somme 1,500,000 fr. devront être exécutés avant l'exposition de 1878.

Cours d'anatomie et de dissection à l'École pratique de Paris. — M. le Dr Fort commencera ses cours le lundi 29 octobre. Les dissections commenceront le 22 octobre. On s'inscrit le matin, 21, rue Jacob, à Paris.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 11 octobre, la mortalité a été de 847, soit 34 moins que la semaine précédente. Il y a eu augmentation de fièvre typhoïde (48 au lieu de 31), de rougeoles, d'angine couenneuse (27 au lieu de 19), de bronchites. La diminution a porté sur la pneumonie et sur les autres affections aiguës. Il y a eu 609 décès à domicile et 238 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Mr-le-Prince, 29 31

Troisième année. N° 43. 25 Octobre 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES. — 1. Du traitement de la chute du rectum par les badigeonnages avec les solutions de perchlorure de fer. 2. De la scarlatine maligne, par M. le Dr Archambault. — III. DIVERS. — IV. BIBLIOGRAPHIE. — Catalogue des pièces du musée Dupuytren, publié sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris, par M. Houel — V. INFORMATIONS. NOUVELLES.

Paris, 25 *octobre* 1877.

Académie des sciences (8 octobre). — M. Milne Edwards présente au nom de M. Redon une note sur le développement rubanaire du cysticerque de l'homme. En présence des divergences d'opinions sur l'identité ou la non-identité du cysticerque du porc et de l'homme, M. Redon s'est transformé en champ d'expérience et a ingéré dans du lait tiède quatre kystes recueillis sur un cadavre échoué à l'amphithéâtre des hôpitaux de Lyon. En outre il fit avaler plusieurs des mêmes entozoaires à des porcs et à des chiens à la mamelle.

L'homme seul a fourni le milieu favorable. Les porcs ont succombé à l'entérite, les chiens ne renfermaient aucune trace de ver rubanaire; mais M. Redon, après trois mois et deux jours d'attente a fini par constater la présence de ces cucurbitains dans ses selles. Les *proglottis* et les œufs appartenaient bien au *Tænia solium* et bientôt eut lieu l'expulsion d'un strobile complet qui leva tous les doutes.

D'où cette conclusion, c'est que le tænia solium peut se développer directement chez l'homme sans qu'il soit besoin d'ingérer une forme transitoire dans la viande de porc.

Académie de médecine (16 octobre). — M. Mialhe dans la séance précédente avait répondu à cette question : les bicarbonates alcalins, administrés à haute dose, peuvent-ils donner naissance à une cachexie alcaline? La réponse de M. Mialhe avait été négative et il avait terminé en disant que, de même que le sucre est un élément vital constant et nécessaire au sang, de même aussi les bicarbonates alca-

lins constituent un élément constant et nécessaire du sang et de l'économie. D'après M. Mialhe, on ne peut pas s'alcaliniser à volonté, mais on peut le faire, dans une certaine mesure, en quelque sorte extra-physiologique.

M. Gubler partage en beaucoup de points l'opinion de son collègue, mais il en diffère en quelques autres. Tout le monde reconnaît avec M. Mialhe que les alcalins existent normalement dans le sang à l'état de bicarbonate de soude, mais de ce principe en tirer la conclusion qu'il n'y a aucun inconvénient à en prendre des doses considérables, il y a loin. On sait qu'un grand nombre de substances qui se trouvent normalement dans l'économie sont néanmoins des poisons si on les prend à hautes doses, exemple l'oxygène.

La cachexie alcaline est un fait incontestable. Huxham en a cité un cas; M. Gubler en rapporte un autre et il rappelle aussi celui de Thénard qui pendant des semaines et des mois prit de 40 à 50 grammes de bicarbonate de soude chaque jour et qui en fut incommodé. M. Gubler se résume en disant que la cachexie alcaline est un fait indéniable, contre lequel il est bon d'être prévenu.

Après la lecture de quelques extraits d'un mémoire de M. Oré (de Bordeaux), sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux, M. Lunier lit un mémoire *sur l'hygiène des boissons alcooliques*. Il fait pour ainsi dire la géographie de la consommation des boissons, vins, cidre, bière, eau-de-vie, liqueurs. Il expose que depuis dix ans, nous en consommons en moyenne 50 millions d'hectolitres, soit environ 120 litres par habitant, au lieu de 55 à 60 litres, chiffre de la consommation de 1829 à 1833. Par contre, la consommation du cidre tend à diminuer; mais celle de la bière a augmenté progressivement et sans temps d'arrêt depuis cinquante ans. La consommation de l'alcool a également augmenté depuis quarante ans : elle était de 2 litres par tête en 1839; elle est aujourd'hui de plus de trois litres.

Des documents recueillis par M. Lunier, il ressort que :

1° En ce qui concerne les cas de morts accidentelles déterminées par des excès de boissons, c'est dans les départements qui consomment le plus d'alcool que les excès de boisson déterminent le plus de morts accidentelles; on en

observe rarement dans ceux qui consomment le plus de vin.

2° L'examen des résultats de l'application de la loi sur l'ivresse de 1874 à 1876 conduit aux mêmes conclusions : les cas d'ivresse poursuivis sont cinq fois plus nombreux dans les départements qui consomment surtout de l'alcool que dans ceux qui consomment du vin.

3° Il en est de même des cas de folie par cause alcoolique : le nombre en est presque partout en raison directe de la consommation des alcools et particulièrement des alcools d'industrie. Il n'y a guère d'exception que pour la Vendée et la Charente-Inférieure qui ne consomment que des vins blancs, lesquels sont presque aussi dangereux sous ces rapports que les eaux-de-vie.

Nous nous permettrons de signaler à M. Lunier un remarquable travail d'un médecin qui a habité Meaux pendant une dizaine d'années et qui a publié un livre sur cette question étudiée plus spécialement dans le département de Seine-et-Marne. L'auteur est le Dr Leroy ; le livre a pour titre : *Etude sur le suicide et les maladies mentales, etc.*, et a été publié en 1870.

Société de chirurgie (17 octobre). — La plus grande partie de la séance a été consacrée à la présentation d'ouvrages et à un comité secret. Quelques mots sont échangés entre MM. Terrier, Verneuil et Le Dentu à propos d'une expression que M. Verneuil voudrait voir retrancher de la science, celle de *choc traumatique*, qui pour lui n'a aucune signification. M. Verneuil ne nie pas l'influence des traumatismes sur le système nerveux, mais il y a des actions dépressives qui doivent être admises aussi bien que des actions excitatrices, et tout en acceptant que le choc soit mis dans la classe des actions hyposthénisantes, il combat l'exagération de ce mot fort commode assurément, mais selon lui dénué de sens.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Du traitement de la chute du rectum par les badigeonnages avec les solutions de perchlorure de fer, par le Dr Gelineau.

Cette maladie n'est pas commune et le plus souvent elle guérit assez facilement, avec un peu d'eau fraîche.

Dans les cas rebelles, M. Gelineau emploie le procédé suivant : Il fait coucher le malade sur le bord du lit, comme pour donner un lavement, la cuisse relevée sur le ventre; il fait fortement tirer la fesse supérieure, garnit de coton la marge de l'anus renversé de manière à avoir là un bourrelet protecteur, puis il promène un pinceau de boîte à couleurs imbibé de la solution de perchlorure de fer sur toute la muqueuse herniée; après avoir laissé sécher un moment à l'air, il prend une mèche de charpie à longs brins de la grosseur du petit doigt, liée au milieu avec un fil fort et assez long, il la replie sur elle-même, l'imbibe d'une solution affaiblie de perchlorure et d'eau à parties égales, en coiffe le bout de son index, et l'introduit ainsi dans l'infundibulum en repoussant le plus haut possible le rectum en prolapsus. — Si l'index de la main droite ne suffit pas, les doigts de la main gauche leur venant en aide font remonter le bourrelet muqueux, et le maintiennent en place pendant que, par des mouvements de vrille, il retire son doigt.

Il place ensuite sur l'anus un volumineux tampon de charpie imbibé de la même solution affaiblie; il l'assujettit avec un bandage en T, et recommande au malade le séjour au lit et la résistance aux envies d'aller à la garde-robe, ce qu'instinctivement il redoute et ce qui n'a pas lieu, le rectum se fronçant sur lui-même et restant fermé à sa partie supérieure.

Le lendemain, le malade étant couché sur le bord de son lit comme la veille, on retire la mèche en la tirant par les fils, non pas d'un seul coup et brusquement, mais lentement en la tordant sur elle-même; on injecte dans le rectum avec une seringue à canule longue et huilée, 2 à 4 cuillerées à bouche d'une solution plus étendue; on applique un nouveau tampon imbibé du même liquide, mais plus de mèche. — Ce pansement est

continué deux jours encore, et le quatrième, le malade, qui s'est peu nourri jusque là, prend un looch avec de l'huile de ricin, qui le fera aller à la selle sans exciter les contractions musculaires des parois intestinales.

Ce traitement a toujours réussi.

Chez les enfants, même façon d'agir, seulement on se sert d'une solution au quart de perchlorure, sans introduire de mèche, se contentant d'un tampon de charpie très-volumineux, bien imbibé de la liqueur et fortement maintenu entre les fesses. Immédiatement avant l'opération, on donne à l'enfant du sirop diacode pour le faire dormir, car on ne peut guère compter sur la docilité du petit malade quand il a 4 ou 5 ans, ses cris excités par la cuisson qu'il éprouve ramèneraient le prolapsus. — Enfin, on le maintient couché en accédant à tous ses désirs, s'il est dans l'enfance, et bien serré dans son maillot, s'il est en nourrice. — Les deux jours suivants, injection dans le rectum, d'une à deux cuillerées à café d'eau aiguisée de perchlorure, et administration d'un peu de manne ou d'huile de ricin, si la constipation persiste le troisième jour, ce qui est rare.

Les services rendus à cette occasion par le perchlorure de fer semblent faciles à expliquer; il s'agit ici d'une double façon, d'abord comme caustique, mais sa causticité n'est pas assez grande pour escharifier la muqueuse aussi profondément que l'acide azotique; en second lieu, comme styptique, il détermine la crispation, le resserrement de proche en proche des vaisseaux superficiels et profonds du rectum, et partant le rapprochement et l'adossement partiel, puis total, de la muqueuse rectale et des autres tuniques de l'organe. Nous croyons devoir rappeler que M. Péan introduit toujours un tube en caoutchouc ou une sonde creuse qu'il laisse à demeure pour faciliter la sortie des gaz intestinaux.

La *France médicale* publie de son côté le résumé suivant de la thérapeutique de la chute du rectum :

La réduction, chez l'enfant, est généralement assez facile, en plaçant le petit malade sur le ventre, le bassin élevé; la compression s'exercera sur le bourrelet de haut en bas et d'avant en arrière. On peut interposer un linge cératé; le doigt introduit dans le rectum pendant la réduction peut aussi être retiré sans entraîner la muqueuse.

Foucher et Dolbeau ont conseillé, pour favoriser la réduction de la muqueuse herniée et maintenue herniée par la contracture du sphincter, des injections sous-cutanées avec :

℞ Eau..................	100 grammes.
Sulfate d'atropine...	0,50 centigr.

Le froid produit par la volatilisation d'un peu d'éther déposé sur un morceau de baudruche appliqué sur le prolapsus peut être essayé pour la réduction.

La réduction une fois faite, il faut la maintenir, les appareils contentifs sont peu efficaces, ils sont gênants.

Le Dr de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants, après avoir réduit le rectum, fait donner une douche percutante, avec une lance, chaque matin, pendant 20 à 30 jours. Cette douche doit être administrée avec un jet fort et frappant énergiquement.

On a conseillé les lotions astringentes et froides, avec l'eau blanche, la décoction de quinquina, d'écorce de chêne, la solution d'extrait de ratanhia; la cautérisation de la muqueuse anale avec le nitrate d'argent.

Bouchardat indique le suppositoire fortifiant de Reuss :

Poudre de tormentille de chêne.. ãã 10 grammes.
Miel.............................. q. s.

F. S. A. 10 suppositoires.

Voici trois formules indiquées par Bouchut et Després :

1° Beurre de cacao........ 10 grammes.
Poudre de ratanhia...... 2 —

Mêlez par liquéfaction et faites des suppositoires.

2° Poudre d'écorce de chêne. 20 grammes.
Miel.................... q. s.
Mêlez.

3° Tannin en poudre........ 1 gramme.
Beurre de cacao......... 10 —
Mêlez par liquéfaction.

La chute du rectum s'accompagne de relâchement du sphincter, aussi depuis longtemps a-t-on administré la strychnine à l'intérieur ou en injections.

Schwartz, dès 1836, prescrit :

℞ Eau distillée...... 8 grammes.
Noix vomique..... 0 05 centigr.

Faites prendre de 4 en 4 heures de 2 à 15 gouttes de cette solution, suivant l'âge.

Duchaussoy employa la méthode endermique, 0,05 centigr. de strychnine sur le derme dénudé d'un petit vésicatoire à l'ammoniaque placé à la racine des bourses.

Lorigiola dit avoir souvent employé des injections sous-cutanées de strychnine, contre la chute du rectum, et cela avec succès. Il formule ainsi :

℞ Sulfate de strychnine...... 0 12 centigr.
Eeau distillée............. 12 grammes.

Injecter 4 à 20 gouttes de cette solution, suivant l'âge.

Ce traitement suivant lui est indolore et inoffensif. C'est également dans le même but que Langenbeck a proposé les injections d'ergotine.

Boudin prescrit pour un adulte la potion suivante :

℞ Ergot de seigle.......	1 50 centigr.
Eau.................	50 grammes.

M. à prendre en 3 fois. Il ordonne également la même dose dans 1/4 de lavement.

Depuis longtemps Ch. Boyer et Duchenne (de Boulogne) ont conseillé l'électrisation du sphincter. La faradisation guérit la chute du rectum en restituant au sphincter de l'anus la force tonique normale. Ce traitement, absolument sans danger, ayant donné des succès, doit être employé de préférence. Il faut en outre prescrire un régime tonique et fortifiant.

Nous nous contenterons d'énumérer ici quelques-uns des traitements chirurgicaux qui peuvent être employés dans les cas rebelles. La cautérisation avec un cautère olivaire (Guersant), la ligature (Luton, Chassaignac), l'incision partielle ou totale; l'excision rayonnante (Dupuytren), le débridement du sphincter.

De la scarlatine maligne,

par M. le Dr Archambault.

Nous avons annoncé dans le dernier numéro la nomination de M. Archambault à la chaire complémentaire des maladies des enfants. Le Ministre a sanctionné officiellement l'opinion de tout le corps médical ; c'est dire le cas que nous faisons des leçons de M. Archambault que nous reproduisons aussi souvent que nous le pouvons. La pathologie de l'enfance joue un rôle des plus considérables, et, sur une moyenne de 20 malades, le praticien sera appelé au moins une douzaine de fois pour des enfants.

Dans une de ses conférences de l'année scolaire 1877, M. Archambault a traité de la scarlatine maligne, et sa leçon a été reproduite dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* auquel nous l'empruntons.

La scarlatine peut s'accompagner dès le début, d'un certain nombre de phénomènes dont il faut savoir apprécier toute la gravité. Ainsi, si dès le premier jour de l'éruption, il se produit du coma ou des convulsions, on peut être assuré qu'il s'agit d'une forme maligne au premier chef, de celle qui donne plus de 75 pour 100 de mortalité. D'autres fois les malades présentent des vomissements incessants, et lorsqu'ils n'ont pas encore d'érup-

tion, on pourrait les prendre pour des cholériques, car ils ont en même temps un refroidissement considérable des extrémités, la température centrale restant toutefois très-élevée.

Un des phénomènes les plus graves au point de vue du pronostic, signalé déjà par Trousseau, est la rapidité extrême de la respiration, sans qu'il y ait de symptômes du côté de la poitrine. Il en est de même de la fréquence excessive du pouls qui peut aller jusqu'à 180 pulsations, et est en même temps petit et irrégulier. En dehors de tout autre signe, l'observation de la température a une grande importance ; si elle s'élève jusqu'à 41°, c'est un symptôme des plus sérieux ; si elle arrive à 42° et à plus forte raison si elle dépasse ce degré, surtout si il y a d'autres phénomènes graves, le cas devient absolument mortel, et cela dans un très-bref délai, en dix-huit ou trente-six heures, à tel point qu'on voit très-peu de ces malades à l'hôpital.

Une donnée importante dont il faut tenir compte dans la gravité de ces accidents, est leur persistance. S'il se produit des amendements, même passagers, on peut conserver plus d'espoir, tout en se défiant toujours, car la plupart du temps, il ne s'agit que de rémissions temporaires. Quant à l'éruption, au milieu de tous ces symptômes graves, elle perd ses caractères ; souvent on ne la voit pas ; ou bien elle est localisée et paraît par plaques d'un rouge sombre disséminées sans ordre. Si l'enfant vit assez longtemps, on voit cette éruption devenir de plus en plus foncée et presque noirâtre. Souvent aussi elle tarde de trente-six heures et quelquefois jusqu'à soixante heures à paraître, et cela est extrêmement important à se rappeler, parce que si on avait affaire à la forme angineuse de la scarlatine, on pourrait croire qu'il s'agit d'une diphthérie vraie.

Les phénomènes graves du début sont toujours plus à craindre que ceux qui apparaissent plus tardivement ; mais il n'est pas rare de voir des phénomènes nerveux peu accentués au commencement de la maladie prendre subitement de la gravité un peu plus tard, et enlever le malade très-rapidement ; parmi ces accidents plus tardifs, un des plus à craindre est l'angine, qui présente exactement les mêmes caractères que l'angine diphthérique. En prenant en bloc les cas de scarlatine maligne, on trouve 45 pour 100 de mortalité ; en prenant celles qui sont graves dès le début, on trouve le chiffre de 75 pour 100.

Certains auteurs veulent qu'on traite par l'eau froide tous les malades qui présentent des phénomènes nerveux graves, et Currie, qui est le promoteur de cette méthode, dit avoir ainsi traité avec succès 150 cas de scarlatine. Il plaçait l'enfant dans une baignoire, et laissait tomber sur lui quelques seaux d'eau à 21°. Il a ainsi donné jusqu'à 14 affusions froides par jour. Mais

la raison de ses succès si nombreux est, qu'il s'agissait surtout de scarlatines graves, mais non malignes. Selon M. Archambault, la meilleure manière de se guider est l'emploi du thermomètre. Quand la température arrive à 41° et qu'il y a des phénomènes nerveux, mais sans dépression générale, il ne faut pas hésiter, tout en agissant sans violence. On commencera par des lotions froides qui sont toujours faciles à administrer; on aura ensuite la ressource des bains froids; mais on les donnera, en ayant soin de retirer l'enfant du bain, aussitôt que la température descend à 38°, car elle continue encore à s'abaisser plus tard. Quand elle remonte ensuite à 40°, on doit recommencer, et ainsi de suite jusqu'à dix fois par jour dans certains cas. Mais ce qu'il y a d'important lorsqu'on adopte cette méthode, c'est de ne pas se croire quitte après avoir fait une lotion; il faut persévérer, et l'amélioration est alors si évidente que la famille accepte volontiers le traitement. En même temps, comme le pouls tend à baisser, il faut le relever par des stimulants, et pour cela donner de l'eau-de-vie dans du lait ou dans du thé.

Un auteur anglais se loue beaucoup dans les mêmes cas, de l'emploi des hyposulfites de magnésie ou de soude. Il en donne toutes les deux heures 25 ou 30 centigrammes. Il prescrit encore la potion suivante :

Eau de mélisse....................	100 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 grammes.
Hyposulfite......................	3 à 6 grammes.

Une cuillerée de temps à autre, de façon à ce que la potion soit prise dans les vingt-quatre heures. On emploie de préférence l'hyposulfite de magnésie chez les sujets qui ont de la constipation.

DIVERS

Contre-poison officinal. — On s'est souvent préoccupé de savoir s'il ne serait pas possible de doter notre formulaire officinal d'un contre-poison qui répondît à ce que réclament la plupart des empoisonnements, qui pût être toujours dans la main du médecin, et administré par conséquent d'emblée, avant que les indications plus spéciales aient eu le temps de se poser, soit d'après les renseignements et les anamnestiques, qui font souvent défaut en cas d'accident, soit en raison des phénomènes recueillis par l'observation du malade.

M. Mialhe a préconisé, dans ce but, le sulfate de fer hydraté, associé à la magnésie calcinée; c'est, en effet, un bon contre-

poison des sels métalliques, qu'il désoxyde et transforme en sulfures inoffensifs. Mais ce contre-poison a l'inconvénient de dégager de l'acide sulfhydrique en présence des acides; sa préparation est délicate et sa conservation difficile.

M. Dorvault a proposé, contre les empoisonnements métalliques, cyaniques et alcaloïdiques, une formule composée, par parties égales, de magnésie calcinée, de peroxyde de fer et de charbon animal en poudre lavé. Mais le mélange, lui aussi, ne tarde pas à s'altérer, quand on le conserve quelque temps.

M. Jeannel propose de garder séparément : 1° Une solution de sulfate de fer, et 2° un mélange de 80 grammes de magnésie calcinée et de 40 grammes de charbon animal, dans 800 grammes d'eau distillée. Ce mélange, ajouté, au moment de s'en servir, à la solution numéro 1, forme le contre-poison, que l'on administre coup sur coup, par doses de 50 à 100 grammes. Ce contre-poison rend insolubles les préparations d'arsenic, de zinc, de digitaline. Il sature totalement l'acide libre, n'agit que partiellement sur les hypochlorites alcalins et sur l'oxydule de cuivre. Il laisse aussi en dissolution quelque peu de morphine et de strychnine, et l'oxyde de mercure en notable quantité. (Voir *Paris médical*, année 1875, n° 4).

Ne quittons pas le chapitre des empoisonnements sans signaler la communication faite à la Société médico-physique de Florence, par le professeur Ranieri Bellini, sur l'iodure d'amidon, que Bouchardat et Quesneville ont introduit des premiers dans la thérapeutique, et employé souvent, dans les indications qui réclament une médication altérante active, alors que l'estomac se refuse à accepter l'iode sous une autre forme.

L'iodure d'amidon est un antidote chimique qui convient spécialement dans les empoisonnements par le soufre, par les sulfures alcalins et terreux, par les alcalis caustiques, par l'ammoniaque et par tous les alcaloïdes. C'est, de plus, un éliminateur, utile à employer dans les intoxications métalliques anciennes, notamment dans celles qui appartiennent au plomb et au mercure.

Le professeur Ranieri Bellini, recommande de faire toujours vomir le malade peu de temps après qu'on lui a administré le contre-poison, pour le débarrasser des produits chimiques qui résultent de la décomposition du toxique, lesquels pourraient se décomposer à leur tour.

Tumeur éléphantiasique énorme de la vulve ; extirpation ; guérison. — Le Dr Villeneuve, fils, de Marseille, vient de publier dans *Marseille Médical* une très-curieuse observation de tumeur éléphantiasique de la grande lèvre qu'il a opérée avec succès.

Marie-Madeleine N..., âgée de 37 ans, aspect malingre sans antécédents morbides, s'aperçut il y a 7 ans, étant encore fille, qu'elle portait une petite tumeur dans la grande lèvre droite. Quand cette tumeur eut atteint le volume d'un œuf, elle consulta deux médecins qui crurent à une hernie et lui firent appliquer un bandage. Un peu plus tard elle se maria. A cette époque la tumeur était, au dire du mari, grosse comme un petit melon. Le coït put s'effectuer et elle devint enceinte. Elle vint accoucher à la Maternité en décembre 1874. La tumeur était alors plus grosse qu'une tête d'adulte; mais bien mobile, de telle sorte que la malade accoucha naturellement le 2 janvier 1875.

En février, cette énorme tumeur de 90 centimètres de circonférence par son volume et son poids empêcha presque absolument la marche. La forme en est assez régulière; la peau est souple, mobile et peu sensible. La consistance est molle, donnant en plusieurs points une sensation de fluctuation. Il n'y a pas de battements dans la tumeur mais de gros vaisseaux s'y rendent. La malade s'est un jour donné un coup de couteau dans la tumeur pour la vider; il en est coulé un peu de sang, puis une cicatrice blanchâtre s'est formée.

Le 25 février 1875, M. Villeneuve applique un nœud de fil de fer sur le pédicule, puis au-dessous, extirpe la tumeur avec le bistouri. Le fil glisse; de nombreux vaisseaux donnent du sang. L'hémorrhagie est arrêtée avec peine à l'aide de pinces hémostatiques, puis vingt-deux ligatures sont faites. La plaie est pansée avec un mélange d'eau et d'alcool phéniqué; elle se cicatrise rapidement. Le vingt-deuxième jour la malade commençait à marcher. Elle est opérée depuis vingt-sept mois; il n'y a pas trace de récidive.

La tumeur pesait 10 kilogrammes et 200 grammes. Elle était composée de tissu lamineux avec nombreux vaisseaux, avec un derme épais et des plaques rigides. La masse semblait due à l'hyperplasie du tissu cellulaire et par places à celle de la peau.

Fistule anale opérée par le fil en caoutchouc. — M. le Dr Chéron, médecin de St-Lazare, opère le plus souvent ses malades en réunissant les deux ouverture de la fistule à l'aide d'un fil en caoutchouc, dont il lie les deux extrémités en les rapprochant. La section se fait seule et lentement, mais elle est un peu douloureuse. Toutefois ,c'est un procédé simple, qui n'expose pas aux hémorrhagies et qui peut être employé par les médecins les plus pusillanimes.

M. Broca, dans les circonstances analogues, emploie toujours le cautère actuel ou l'anse galvano-caustique ou le thermo-cau-

tère. De cette façon il évite la mèche qui sert au pansement. La mèche, on le sait, a pour effet de maintenir les lèvres de la plaie écartées et d'empêcher aussi le recollement des parties divisées : elle a, selon M. Broca, le grave inconvénient d'être douloureuse et d'amener, soit l'inflammation, soit des hémorrhagies consécutives. Lorsqu'on applique une mèche dans le rectum, il faut toujours avoir soin de placer un tube en caoutchouc assez résistant dans la mèche sur les parois du rectum, afin de permettre aux gaz de s'échapper et d'éviter ainsi les coliques aux opérés.

Des lésions osseuses à l'aide desquelles on peut diagnostiquer la syphilis héréditaire chez les enfants. — Dans une de ses conférences cliniques à l'hôpital des Enfants-Assistés, M. le professeur Parrot appela l'attention de ses auditeurs sur cette question.

Quand le médecin soupçonne la syphilis chez un enfant, la première partie qu'il doit examiner, c'est la face interne du tibia. Là, au lieu de la dépression habituelle, on trouve une tuméfaction osseuse, une sorte de bosselure, ou bien une série de petites saillies, de petites tubérosités séparées par des dépressions.

A la partie inférieure de l'humérus, on constate une augmentation d'épaisseur plus ou moins considérable, manifeste surtout si l'on saisit d'abord la partie muqueuse de l'humérus et si on laisse glisser la main jusqu'à la partie inférieure. On constate alors une différence assez notable.

A un âge plus avancé, du septième au douzième mois, on constate que la calotte crânienne est non-seulement dépourvue de cheveux (ce qui existe chez bien des enfants non syphilitiques), sans qu'il existe de petites bosses disséminées autour du bregma et des fontanelles antérieures. Sur les deux frontaux, dans leur angle mousse et sur les pariétaux, dans l'angle qui confine au bregma, on remarque quatre saillies plus ou moins notables, une sur chaque os. Ces saillies arrondies sont semblables à de petites calottes d'orange.

Enfin, phénomène moins constant, chez les enfants de quelques mois, on observe dans la continuité des membres un et quelquefois deux tubercules fusiformes, de véritables nodosités.

Ces caractères se rencontrent chez des enfants qui ne portent ni sur la peau, ni sur les muqueuses aucun signe d'intoxication syphilitique.

De l'empoisonnement par le plomb employé dans le rinçage des bouteilles. — Dans le n° 36, nous relations l'intoxication d'un quartier de Paris par du pain cuit dans un four chauffé

avec du bois de démolition. M. Dumas, de Cette, dans le *Montpellier médical*, cite plusieurs observations d'intoxication saturnine survenue sous cette influence. Il faut donc proscrire la grenaille de plomb dans le rinçage des bouteilles qui doivent contenir le vin et la remplacer soit par la chaînette en fer ou la brosse *ad hoc* qu'on trouve dans le commerce.

Il arrive souvent que l'on trouve difficilement l'origine de l'empoisonnement saturnin. Aussi doit-on porter son attention sur tous ces faits et sur ceux qu'a fait connaître le Dr Gibert, du Havre. Dans un cas, un rédacteur de journal s'était intoxiqué avec des pains à cacheter renfermant du plomb, qu'il avalait en travaillant; dans un autre, c'est un individu qui abusait de grains de cachou de Bologne, accidentellement souillés par ce métal.

Nouveau traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale. — Le Dr Handsel Griffiths vient de publier une note sur un moyen très-simple qui lui a réussi dans deux cas d'hémorrhagie post-puerpérale. Ce moyen consiste à diriger un fort jet d'éther sur les parois abdominales, sur les parties génitales et sur la région lombaire. Il en fit part à quelques-uns de ses confrères de Dublin et ils lui dirent n'avoir pas connaissance que quelqu'un eût employé ce moyen avant lui. Nous croyons que ce procédé peut être employé sans crainte.

BIBLIOGRAPHIE

Catalogue des pièces du musée Dupuytren, publié sous les auspices de la Faculté de médecine de Paris, par M. Houel, conservateur des collections de la Faculté de médecine, agrégé de la Faculté, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société de chirurgie, de la Société de biologie et de la Société anatomique. Tome II, vol. in-8°, avec un atlas de 19 planches. 27 pièces. Paris, 1877. Chez Paul Dupont et Victor Masson. Prix, texte et atlas : 12 francs.

Nous annoncions il y a peu de temps (*Paris médical*, 19 avril 1877.) l'apparition du tome 1er de cet ouvrage et voici déjà le tome second qui suit son aîné. — Le même soin y a été apporté et les planches ne laissent vraiment rien à désirer. Le premier volume était consacré aux affections osseuses, proprement dites, celui-ci comprend les altérations des os causées par les tumeurs, les collections liquides, les productions organiques développées dans leur voisinage, dans les cavités qu'ils forment, ou dans l'épaisseur même de leur tissu.

Afin de mettre de l'ordre dans ce sujet, l'auteur, suivant l'exemple de Denonvilliers, l'a divisé en trois chapitres : le premier comprend les altérations des os du tronc, le second celles des os de la tête, le troisième enfin, celles des os des membres.

Nous nous contenterons de signaler à nos lecteurs les pièces relatives à la nécrose phosphorée du maxillaire, à la nécrose syphilitique des os du crâne, au spina ventosa, au rachitisme, un pareil livre ne se prêtant pas à l'analyse.

Nous sommes assuré maintenant de voir se succéder régulièrement et rapidement les volumes de ce travail, nous en adressons toutes nos félicitations à son auteur, car la régularité et le prompt achèvement doublent le mérite de ces sortes d'ouvrages.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine. — Les cours d'hiver commenceront à partir du 5 novembre.

Ecole pratique. — M. le Dr Fort commencera son cours public d'anatomie descriptive le mercredi 7 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

M. Fort commencera son cours particulier le 29 octobre à midi et demi, dans son amphithéâtre, rue Antoine-Dubois, n° 2.

Concours de l'externat. — Les membres du Jury sont MM. Debove, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Berger, Monod et Pozzi.

Les questions que les concurrents ont eu à traiter sont les suivantes : *Clavicule, furoncle; signes de la pneumonie franche triceps femoral.*

Legs Demarquay. — M. le Secrétaire perpétuel de l'Académie vient d'être autorisé à accepter le legs de 100,000 francs fait par Demarquay, pour aider à l'Académie dans l'installation d'un local plus digne d'elle.

Maladies des enfants. — M. le Dr Cadet de Gassicourt reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Sainte-Eugénie, le lundi 29 octobre, à 9 heures 1/2 et les continuera les lundis et jeudis à la même heure.

Le Congrès de Munich. — Il vient de se passer à Munich, au cinquantième congrès des naturalistes et médecins allemands un fait qui peint bien l'hypocrisie de nos voisins. Dans la der-

nière séance le professeur Sepp portait le toast suivant : « Le mouvement scientifique est incomplet, si nos voisins (les Français) n'y prennent point part : quel plus grand mathématicien que Laplace ? quel fondateur de la paléontologie si ce n'est Cuvier ? Nous souhaitons la confraternité des nations civilisées de l'Europe ; Allemands, Français, Anglais, Italiens devraient être unis et travailler ensemble à l'avancement des sciences et au développement intellectuel. La guerre ne devrait jamais les séparer. Je sais bien qu'en ce moment les Turcs et les Russes se battent ; mais il s'agit de peuples arriérés. Ce que nous voulons, c'est l'amitié et la coloboration scientifique de la France ».

Ce toast aurait été couvert d'applaudissements par les savants allemands, la plupart bavarois.

Non, mille fois non ! il n'y a pas d'alliance possible avec nos voisins de l'Est, même sur le terrain scientifique. Nous voudrions bien pouvoir oublier toutes les injures vomies contre nous par le prussien Du Bois-Raymond, injures dont nous savons la cause ; nous voudrions bien pouvoir oublier la mauvaise foi de leurs savants en général, à commencer par Wundt qui dans ses nouveaux éléments de physiologie humaine semble oublier qu'il existe en France des physiologistes de premier ordre qui ont nom Bouillaud, Rouanet, Beau, Piorry, Andral, Gavarret, Coste, Pouchet ; nous voudrions bien pouvoir oublier leur conduite chez nous, les mauvais traitements infligés à quelques-uns des nôtres, l'arrestation de Thénard, etc, etc. Nous sommes de force à lutter avec eux, et s'ils ont pour eux la patience de l'analyse, nous avons pour nous la bonne foi scientifique et la synthèse.

C.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 18 octobre, la mortalité à Paris a été de 900, soit une augmentation de 83 sur la semaine précédente. L'augmentation a porté sur la pneumonie (65 au lieu de 51), sur les *autres* affections aiguës (264 au lieu de 223) et sur les affections chroniques (366 au lieu de 346). Il y a eu 668 décès à domicile et 232 dans les hôpitaux.

Nous ne saurions trop répéter combien nous déplorons une statistique aussi incomplète, statistique qui ne porte que sur une douzaine de maladies et qui est muette sur toutes les autres. Nous considérons comme illusoire, pour ne pas la caractériser autrement, une statistique qui signale 264 décès par *autres* maladies aiguës, sans préciser ces maladies.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

Troisième année. N° 44. 1er Novembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 1er Novembre 1877.

Académie de médecine (séance du 23 octobre). — M. Isidore Bourdon, médecin de l'hôpital de la Charité et membre de l'Académie, lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.* Le travail du savant clinicien a pour base : 1° les observations déjà connues et que nous avons publiées dans notre travail (voir *Paris Médical*, nos 9, 10, 11 et 12) ; 2° deux observations inédites, l'une de M. Bourdon, l'autre de M. Verneuil et dont voici le résumé :

Observation de M. Bourdon, recueillie par M. Darolles, interne. Un vieillard est frappé subitement d'une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité. La parole revient promptement ; mais la paralysie partielle du membre supérieur persiste jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouve un petit foyer hémorrhagique très-superficiel, à *la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche et dans le voisinage*. Rien du côté des centres opto-striés.

Observation de M. Verneuil. Un maçon, atteint de fracture du crâne, présente une paralysie des deux bras ; à l'autopsie, on rencontre deux foyers de méningo-encéphalite : l'un à gauche, dans le *tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante ;* l'autre à droite, sur la *circonvolution pariétale ascendante.*

L'auteur rapporte ensuite 12 observations de monoplégie

brachiale, empruntées à divers auteurs et toutes accompagnées d autopsie.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute les observations, remarquables par leurs succès, de lésions des régions motrices traitées par la trépanation et publiées au commencement de cette année par plusieurs médecins et chirurgiens éminents de la jeune génération. Le trépan était remis en honneur et, en vérité, les faits étaient si précis et si concluants, qu'on avait peine à ne point se laisser entraîner.

Dans un rapport remarquable, M. le professeur Gosselin est venu modérer cette impulsion en déclarant formellement que, selon lui, le trépan n'est indiqué *que dans les cas de plaie et de fracture avec enfoncement.*

Les recherches minutieuses, faites par M. Bourdon, avec le soin qu'il apporte dans tous ses travaux, l'ont conduit à partager la manière de voir de M. Gosselin. Pour M. Bourdon ; 1° une paralysie limitée au membre supérieur ne peut indiquer d'une manière assez précise le point à trépaner, le centre moteur correspondant ayant une limite plus étendue qu'on ne le croit généralement ; 2° si la monoplégie brachiale s'accompagne de paralysie faciale inférieure ou d'aphasie, M. Bourdon croit qu'on aura chance de rencontrer la lésion en trépanant le milieu de la *ligne rolandique*, indiquée avec tant de précision par l'un de nos plus jeunes et distingués chirurgiens, M. Lucas-Championnière. Dans ce dernier cas cependant, M. Bourdon ne rejetterait pas le trépan d'une manière absolue, parce qu'il a remarqué que dans les observations de monoplégie brachiale et de paralysie faciale simultanées, la lésion était généralement localisée à la partie moyenne ou inférieure de la circonvolution frontale ascendante (voy. *Paris médical*, n° 9, année 1877).

— M. le Dr Lancereaux, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et membre de l'Académie, communique ensuite une observation fort remarquable, avec autopsie, de *syphilis viscérale*, dont les lésions siégent dans les testicules, le cerveau et les poumons. M. Lancereaux termine sa communication par des propositions sur la syphilis viscérale en général, sujet dont il s'occupe depuis longtemps et avec succès.

— *Société de chirurgie.* (Séance du 24 octobre.) — Le *genu valgum*, dont nous avons eu plusieurs fois occasion

de parler, se montre dans l'adolescence; il est caractérisé par une déviation du genou ou des genoux en dedans, et par une saillie peu ou point douloureuse à la face interne du genou. Quelle est la cause de cette déformation? On a mis les ligaments et les muscles en cause, mais bien à tort. Aujourd'hui, les chirurgiens croient à une hypertrophie du condyle interne du fémur ou du condyle interne du tibia; mais on ne connaît ni la cause ni la nature de l'hypertrophie, de même qu'on ignore dans quelles circonstances spéciales elle se produit.

M. Verneuil fait connaître à la Société la théorie de MM. Ollier et Tripier, de Lyon, théorie qui nous paraît rendre un compte exact des faits. L'hypertrophie de l'os tiendrait à un *vice de développement du cartilage de conjugaison* qui unit la diaphyse du fémur à l'épiphyse inférieure; ou bien, ce qui paraît se présenter plus fréquemment, la lésion siége entre la diaphyse du tibia et le condyle interne du même os.

On conçoit que l'hypertrophie du squelette de la partie interne du genou refoule la jambe en dehors et produise une difformité choquante. Nous avons déjà eu occasion de parler du traitement dans ce même journal, nous nous contenterons de dire que le traitement par le redressement brusque du membre, que l'on place ensuite dans un appareil inamovible, est celui qui paraît le mieux réussir. **F.**

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du traitement des affections cardiaques à une période avancée.

Les valvules du cœur règlent, à l'état normal, la circulation du sang dans cet organe. Si ces valvules frappées primitivement d'inflammation, viennent à s'altérer en s'épaississant, en se déchirant, en se raccourcissant, en devenant le siége de la formation de dépôts calcaires, etc., elles ne

fonctionnent plus régulièrement et les orifices de la base des ventricules, déformés par les lésions valvulaires, ne laissent plus écouler librement le liquide sanguin. Les *insuffisances et les rétrécissements*, conséquences de ces lésions et désignés sous le nom d'*affections cardiaques*, généralement incurables en tant que lésion, donnent naissance à des *symptômes communs* contre lesquels la thérapeutique est loin d'être impuissante.

Nous extrayons ce qui suit des leçons remarquables professées à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Hardy. Il est question ici principalement des troubles causés par les *congestions viscérales*, conséquence directe de la lésion organique du cœur. Le mécanisme de la production des conjections et des hydropisies est la suivante. Le cœur, dont les valvules et les orifices sont altérés, n'est pas parcouru librement par le sang. Celui-ci est retenu en partie dans les cavités du cœur, qui s'en débarrassent difficilement (asystolie) et aussi dans les grosses veines voisines de cet organe. De proche en proche le sang stagne dans les petites veines et dans les capillaires, qui se dilatent d'une manière intermittente d'abord, et permanente ensuite, de façon à produire des congestions de tout le système capillaire, congestions qui se dévoilent primitivement dans les organes très-vasculaires, comme le poumon, etc. La tension du sang augmentant au niveau des capillaires et le sang présentant en même temps des altérations, on conçoit que la partie liquide du sang traussude à travers la paroi des capillaires et donne lieu à des infiltrations (œdème du poumon, œdème des membres, etc.) et à des collections liquides (hydrothorax, ascite, etc.)

Nous dirons, avec le savant professeur, que ces divers accidents ont une thérapeutique spéciale, à l'aide de laquelle on peut espérer quelquefois *améliorer pour un temps plus ou moins long la santé des malades.*

a. On voit fréquemment survenir du côté du poumon, dans les affections valvulaires du cœur, des congestions qui, quelquefois, occupent le premier plan sur la série des accidents qui sont la conséquence des altérations des orifices. C'est souvent par le poumon que souffrent et que meurent les cardiopathes; de là, la nécessité d'attaquer directement les congestions qui se manifestent du côté de cet organe et qui sont caractérisées anato-

miquement par la bronchite, par la solidification du parenchyme pulmonaire et par des troubles qui vont quelquefois jusqu'à l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire.

C'est le plus ordinairement aux médicaments dits *expectorants*, et surtout aux *préparations antimoniales*, au *kermès*, que l'on aura recours pour faire disparaître ces signes de congestion. C'est une chose habituelle dans ces cas de bronchite chronique caractérisée par de la toux, par une expectoration un peu risqueuse, par des signes physiques existant sous forme de râles sibilants et sous-crépitants, de prescrire le kermès, dont on obtient quelquefois de bons résultats. A la dose de 10 ou 15 centigrammes par jour, rarement plus, dans un julep gommeux, ce médicament favorise l'expectoration et provoque dans une certaine mesure la résolution de la bronchite ou de la congestion pulmonaire. Il faut avoir soin de ne pas le donner à dose trop élevée, car j'ai souvent vu se produire des désordres du côté de l'estomac à la suite de l'ingestion d'une quantité trop considérable de kermès. Je le prescris rarement au delà de 10, 15 centigrammes, l'expérience m'ayant démontré que, donné à la dose de 20, 25, 30 centigrammes, le kermès avait pour résultat fréquent de susciter des vomissements; quelquefois même, des phénomènes inflammatoires du côté de l'estomac qui obligent d'en cesser l'administration au bout de quelques jours.

A côté du kermès, on peut citer l'*ipécacuanha*, qui est également donné avec avantage dans les mêmes circonstances, sous forme de sirop ou de pastilles. J'en dirai autant de l'*oxymel scillitique*, à la dose de 8 à 15 grammes dans une potion; ce médicament, qui est en même temps un expectorant et un diurétique léger, convient parfaitement aux malades atteints d'accidents pulmonaires dépendant d'une affection cardiaque.

b. Dans les congestions aiguës du poumon qui sont accompagnées de fièvre et caractérisées par de la dyspnée et des râles sous-crépitants fins, on se trouvera très-bien encore d'une application de 5, 6 ou 7 *ventouses scarifiées* sur les parois latérales de la poitrine, répétée de temps en temps et en la faisant suivre d'une application de ventouses sèches, qui contribueront à décongestionner le poumon et continueront l'œuvre commencée par les premières. Ce moyen donne de bons résultats surtout dans les cas qui présentent des râles sous-crépitants un peu humides à la base des deux poumons, signe d'œdème pulmonaire.

c. Dans les cas de congestion pulmonaire considérable et surtout très-étendue, je me suis toujours très-bien trouvé de l'emploi du *tartre stibié* en potion, à la dose de 20, 25, 30 centigrammes par jour. Ce médicament a, en effet, pour avantage de

provoquer des vomissements, de la diarrhée, en un mot, de déterminer une dérivation puissante sur l'estomac, à la suite de laquelle on voit survenir un dégorgement considérable des organes de la respiration. Mais le tartre stibié ne doit être prescrit que lorsque les malades n'en sont pas encore arrivés à cet état cachectique qui caractérise la période ultime des affections valvulaires du cœur, c'est-à-dire quand ils sont encore en possession d'une partie de leurs forces et alors que les phénomènes de congestion ne sont pas très-intenses. Dans ces cas, en effet, succédant à une application de ventouses scarifiées, puis de ventouses sèches, le tartre stibié à haute dose a une action extrêmement efficace.

Un moyen habituel dont on obtient également de très-bons résultats, consiste dans l'application de *vésicatoires volants* sur les parois thoraciques. On a même conseillé de les appliquer, d'une manière pour ainsi dire banale, à la région précordiale, chez les gens atteints d'affection cardiaque, mais ce moyen ne donne pas de résultats bien satisfaisants. On a également vanté l'application, d'une manière permanente, de *cautères* à la région précordiale, dans le but de compenser l'hypertrophie qui accompagne toujours les affections valvulaires. Mais, outre que les cautérisations sont sans aucune espèce d'influence sur le volume du cœur, elles n'ont pas ici leur raison d'être, puisque cette hypertrophie est compensatrice et que la compensation est chose utile et salutaire. Quant à moi, je n'ai jamais vu de bons effets résulter de cette pratique. J'en dirai autant de l'application de vésicatoires permanents sur la région précordiale, dans le but de calmer, de régulariser les battements du cœur. Mais il n'en est plus de même de l'application momentanée et répétée de ces révulsifs sur les parois thoraciques; ils constituent, au contraire, un excellent moyen pour combattre la congestion pulmonaire.

d. Les malades atteints d'affection valvulaire du cœur sont quelquefois affectés d'une *toux* pénible, incessante, qui les fatigue d'une façon excessive et qui est en rapport le plus ordinairement avec un certain degré de troubles et de congestion pulmonaires. On calmera ce symptôme avec l'*opium*, qui rend parfois de très-grands services contre certains accidents, et, en première ligne, contre cette toux quinteuse pénible, qui empêche les malades de reposer et leur interdit tout sommeil. Dans ces cas, 2 centigrammes et demi à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, une solution de 1 à 2 centigrammes de morphine dans un julep; en un mot, les différentes préparations de l'opium ou de ses alcaloïdes, la codéine, la morphine, en pilules ou en sirop, prises le soir, avant de dormir, calmeront

la toux et ramèneront le sommeil. Enfin, je vous citerai au même titre, la belladone et le bromure de potassium qui, chez certains malades, agissent de la même manière.

e. Chez les sujets atteints d'affection cardiaque avec congestion pulmonaire, on voit survenir assez souvent un accident qui est la conséquence de la congestion, qui a son siége dans le poumon, quand celle-ci est poussée à un degré extrêmement prononcé. Je veux parler des *hémoptysies* qui sont le symptôme ordinaire d'une *apoplexie* due à la gêne de la circulation pulmonaire par suite d'un obstacle à la circulation cardiaque. Ces hémoptysies sont quelquefois très-graves, surtout quand elles se répètent fréquemment et qu'elles ont lieu avec une assez grande abondance, car, dans ce cas, la mort peut quelquefois en être la conséquence. Cela arrive surtout quand elles coïncident avec une congestion extrêmement étendue, et qu'elles persistent longtemps chez des gens déjà affaiblis par une maladie grave. Dans certains cas, vous y remédierez avec avantage par l'emploi des *astringents*, et surtout des préparations d'*ergot de seigle* ou d'*ergotine*. Mais, dans ces circonstances, vous emploierez surtout avec succès la *digitale* qui, en régularisant l'action du cœur, exerce une action toute spéciale sur l'hémoptysie. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois cette substance amener la cessation de cet accident.

Vous vous adresserez également avec avantage aux astringents ordinaires : *tannin*, *ratanhia*, *alun*, *limonade sulfurique*, etc. Ces divers moyens ne sont pas suivis d'un succès constant dans le traitement de ces hémoptysies liées à l'existence d'une affection cardiaque; et, sous ce rapport, j'ai une confiance bien plus grande dans l'emploi des trois préparations astringentes citées plus haut. Je vous citerai comme donnant les meilleurs résultats dans le traitement de l'hémoptysie, l'administration de l'*ipéca*, à dose faible, modérée, nauséeuse. Avec 1 gramme de poudre de cette substance, divisé en dix doses de 10 centigrammes chacune et donnée d'heure en heure, on obtient fréquemment la cessation de cet accident. Tout récemment encore, j'ai employé ce moyen avec un très-grand succès chez une malade atteinte d'insuffisance mitrale avec dilatation considérable du cœur. Cette malade fut prise de crachements de sang extrêmement abondants, contre lesquels j'employai en vain tous les moyens ordinaires. La première administration de l'ipéca eut pour effet immédiat de diminuer considérablement l'intensité de l'hémorrhagie, et de réduire au quart à peu près de ce qu'elle était primitivement la quantité de sang expectoré. Le lendemain, je prescrivis de nouveau l'ipéca, à la dose de 10 centigrammes par heure; le troisième jour, enfin, je descendis à

5 centigrammes. A partir de ce moment, l'hémoptysie s'arrêta.

Dans une circonstance semblable, après avoir employé inutilement les divers moyens à l'aide desquels on combat ordinairement les crachements de sang, et en voyant ceux-ci céder à l'administration de l'ipéca, je suis naturellement conduit à croire à l'effet salutaire et à l'efficacité de cet agent contre l'accident dont il est question en ce moment, quelle que soit la forme de l'hémoptysie. Ordinairairement, à cette dose, l'ipéca ne détermine pas de vomissements, mais il provoque quelques nausées, en même temps qu'il amène un ralentissement très-marqué des battements du cœur, et enfin la cessation de *l'hémorrhagie*.

f. Les purgatifs constituent un des meilleurs moyens que l'on puisse opposer aux *hydropisies*. Parmi ceux-ci, les *drastiques*, c'est-à-dire la *gomme-gutte*, la *scammonée*, la *coloquinte*, *l'aloès*, soit seuls, soit associés ensemble, sont ceux dont on obtient les résultats les plus avantageux. On les donne ordinairement sous forme de poudres et de pilules. Cette dernière préparation est celle que je préfère, et je me trouve bien, chez certains malades, de l'administration, chaque jour, de deux ou trois pilules renfermant 10 centigrammes de gomme-gutte, 10 centigrammes de scammonée, 5 centigrammes de calomel. On provoque ainsi des selles abondantes liquides, aqueuses, à la suite desquelles on ne tarde pas à voir l'hydropisie diminuer. J'ai également pour habitude, dans le but d'augmenter l'action purgative de ces pilules, de faire suivre l'ingestion de chaque pilule d'un verre d'eau minérale purgative de *Pullna*, de *Sedlitz*, etc. Cette pratique produit généralement des selles abondantes, complètement aqueuses, à la suite desquelles on voit bientôt survenir une diminution de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les cavités séreuses. Dans ces cas, il faut bien se garder de prescrire ces pilules tous les jours ; il importe, au contraire, de laisser reposer les malades pendant trois, quatre jours avant d'en reprendre l'usage.

On conseille souvent, en même temps, l'usage des *sudorifiques*. Ces derniers n'ont qu'une action très-faible et ils réussissent rarement. D'ailleurs, il faut que la peau sur laquelle ils agissent soit disposée à subir leur influence. Il est, en effet, des malades qui ne transpirent pas, et, du reste, la diaphorèse ainsi obtenue n'est jamais assez abondante pour diminuer véritablement l'hydropisie. Néanmoins, dans ce but, vous pourrez employer les *bains chauds*, la *poudre de Dower* et surtout le *jaborandi* qui produit, en même temps qu'une diaphorèse assez considérable, une salivation abondante. Certains estomacs se refusent absolument à tolérer ce médicament, et j'ai vu assez fréquemment survenir,

après l'administration de cette substance, des nausées et des vomissements qui m'ont obligé d'en cesser l'emploi. On favorisera l'activité de la sécrétion cutanée, en même temps que les diurétiques et les purgatifs, employés concurremment, contribueront, pour leur part, à l'évacuation de la sérosité, en enveloppant les membres infiltrés avec de la ouate recouverte elle-même de toile vulcanisée ou de taffetas gommé.

Dans quelques cas, les hydropisies persistent malgré tous les moyens dont je viens de vous parler; la sérosité occupe à la fois le péritoine, les membres inférieurs, souvent même les membres supérieurs, et il importe de donner directement issue au liquide ainsi épanché, soit dans les cavités séreuses, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas, on est obligé alors de recourir aux moyens mécaniques. Contre l'ascite, on a conseillé la *ponction* de l'abdomen, et l'opération de la thoracocentèse a même été indiquée pour évacuer le liquide épanché dans la cavité pleurale.

Il y a bien peu de cas dans lesquels cette dernière opération soit nécessaire, l'hydrothorax étant ordinairement consécutif et considérable. Quant à l'ascite, il n'en est plus de même, et on voit fréquemment les troubles de la circulation hépatique qui résultent de cette sorte de cirrhose du foie propre aux affections cardiaques, donner lieu, dans la cavité péritonéale, à une accumulation de sérosité telle que la vie est menacée et que la ponction seule peut soulager les malades.

Il est parfois indispensable d'évacuer directement le liquide épanché dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané des membres. On y arrive, soit en faisant des *piqûres* à la peau avec la pointe d'une aiguille, soit en pratiquant des *mouchetures* avec une lancette, quelquefois même en pratiquant des *scarifications*. De tous ces moyens, le premier est le seul que je vous conseillerai d'employer. Dix ou douze piqûres faites à la peau avec la pointe d'une aiguille et répétées dans quelques jours, donneront lieu à un écoulement de sérosité quelquefois assez abondant, qui durera même, pendant un temps suffisamment long pour que le membre revienne à son volume primitif, pour que la peau se dessèche et qu'on obtienne ainsi la disparition momentanée de l'hydropisie.

Ce n'est pas indifféremment que l'on doit recourir à ces piqûres. Il faut que la peau ne soit pas atteinte d'œdème, qu'elle ne présente pas de rougeur et que le malade ne soit pas encore arrivé à la période cachectique. Autrement vous pouvez être assuré que les piqûres, et surtout la scarification avec la lancette, seraient bientôt entourées d'un cercle érythémateux, point de départ d'une véritable dermite, dont la gangrène serait la conséquence. Dans

ces cas, vous ne feriez que hâter la terminaison funeste. J'ai vu, au contraire, des malades voués à une mort certaine et prompte, recouvrer l'usage de leurs membres et une guérison momentanée à l'aide de piqûres faites dans les conditions que je viens de vous indiquer, alors que le cœur a encore conservé une certaine force de contraction. Même lorsqu'elles sont faites dans ces conditions avantageuses, il peut résulter de ces petites opérations une inflammation de la peau, une sorte de dermite qui s'étend peu à peu et amène après elle un gonflement qui a de la tendance à se termier par gangrène. Ces accidents surviennent également quelquefois sans piqûres, et l'on voit, dans certains cas, cette inflammation de la peau être la conséquence de la distention exagérée des téguments par l'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette sorte d'œdème sera combattue à l'aide d'une application de cataplasmes de fécule de pomme de terre, de riz, sur les parties malades, ou bien encore en ayant soin d'envelopper les membres infiltrés dans une toile de caoutchouc vulcanisé.

Contre l'œdème des jambes, Trousseau a encore conseillé de pratiquer des frictions avec l'*huile de croton* sur les membres infiltrés, et il a vu, à la suite de ce moyen, survenir une inflammation de la peau, bientôt suivie d'une éruption extrêmement abondante de vésicules dont la rupture donne lieu à une évacuation considérable de sérosité. Elles ont ainsi, pour conséquence immédiate, de provoquer le dégorgement des parties infiltrées et même la cessation de l'hydropisie. Je ne saurais vous engager à recourir à ce moyen. Quant à moi, je n'oserais jamais employer un procédé à l'aide duquel on détermine ainsi une inflammation de la peau dont vous connaissez les conséquences extrêmement fâcheuses.

L'hydropisie peut être également combattue par des moyens mécaniques. Il est bon de prescrire, en même temps, aux malades, pendant les repas, des boissons qui favoriseront la diurèse, des aliments qui faciliteront les garde-robes. On prescrira l'usage du *café*, du *raisin* et surtout du *lait*, qui agit non-seulement comme médicament efficace dans les affections valvulaires du cœur, mais qui jouit encore de propriétés diurétiques incontestables.

L'insomnie est quelquefois un accident extrêmement pénible chez ces malades. On provoque le sommeil en faisant disparaître la douleur cardiaque. Dans ce but on a recours aux préparations d'*opium*, au *bromure de potassium* et surtout au *chloral*. J'ai vu fréquemment, chez certains malades en proie à une gêne considérable de la respiration, le chloral, donné à la dose de 2 à 3 gr.

le soir, chez des individus encore assez résistante, amener une amélioration notable de cet accident.

g. Enfin, dans la dernière période des maladies du cœur, dans cette phase de cachexie qui en est le dernier terme, le cœur perd sa force, l'hypertrophie compensatrice est remplacée par la dégénérescence graisseuse, le sang lui-même est altéré dans sa composition. Dans ces cas les malades sont plongés dans une prostration, dans une faiblesse extrêmes; ils n'ont plus d'appétit, plus de force, plus de sommeil; la face est pâle et porte l'empreinte d'une anémie profonde. Ce n'est plus alors à la médication spoliatrice que vous vous adresserez, ni à la digitale, mais à la *médication excitante :* au *café*, aux *vins généreux*, à *l'alcool*. C'est à l'aide de cette médication seulement que vous pourrez espérer de ranimer les malades, en les galvanisant, pour ainsi dire, et de les soutenir pour quelque temps encore.

Deux mots pour terminer. Rappelez-vous bien que, quel que soit le talent du médecin, quelle que soit la médication que l'on emploie, il arrive toujours, dans les affections, un moment suprême où vient la terminaison funeste. Celle-ci est d'autant plus pénible que la plupart des malades ne sont pas enlevés subitement, mais qu'ils ne succombent qu'après une lutte affreuse pour eux et extrêmement pénible pour les personnes qui les entourent, lutte dont le médecin ne peut être malheureusement que le spectateur impuissant.

BIBLIOGRAPHIE

L'œil. Notions élémentaires sur les fonctions de la vue et ses anomalies, par le Dr GIRAUD-TEULON, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, ancien élève de l'école polytechnique. 2e édit., un vol. in-12. — Librairie Germer-Baillère, 108, boulevard Saint-Germain. — Prix : 3 fr.

Mettre à la portée de tous les connaissances géométriques et physiologiques, indispensables pour le maniement journalier des problèmes de l'ophthalmologie moderne, tel a été le but de M. Giraud-Teulon dans son précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et dans le livre dont nous annonçons aujourd'hui la seconde édition, depuis longtemps désirée et attendue.

Dans une première partie, l'auteur nous donne des notions générales sur la physiologie de l'œil, parmi lesquelles nous signalerons le chapitre sur la nature du sens de la vue et celui relatif à l'influence physiologique de l'âge sur les qualités de l'appareil de la vue.

Dans la seconde partie, il est question de la pathologie fonctionnelle, envisagée dans sa symptomatologie sommaire.

Elle comprend l'étude des anomalies fonctionnelles, telles que la presbytie, l'hypermétropie, la myopie, l'astigmatisme et les amblyopies. Un chapitre est consacré à certains symptômes fréquents dans les affections oculaires, comme les mouches volantes, les mouches fixes, la mydriase, etc.

Un autre, très-clair et très-succint cependant, traite des différentes formes de strabisme.

Enfin un chapitre détaillé et très-utile à consulter règle l'usage des lunettes.

M. Giraud-Teulon a ajouté, comme appendice, un court et substantiel résumé sur les anomalies visuelles, dans leurs rapports avec le service militaire.

Cette œuvre de vulgarisation scientifique rendra de grands services aux praticiens et aux élèves pour l'étude d'une *spécialité* aujourd'hui si importante et d'un intérêt si incontestable. M. Giraud-Teulon a le mérite d'avoir cendensé en un petit volume fort bien fait toutes les notions importantes relatives à l'appareil de la vision. C.

Etude médico-légale sur les épileptiques, par le Dr Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre, médecin en chef du dépôt de la Préfecture. médecin expert près les tribunaux, etc., etc. 1 vol., in-8°, chez V.-A. Delahaye Prix : 4 fr, 50.

Les questions de médecine légale que soulèvent les individus atteint d'épilepsie sont des plus complexes et des plus difficiles à résoudre. Trousseau a pour ainsi dire vulgarisé la connaissance de ces cas singuliers d'épilepsie, mais c'est à peine si les médecins légistes français ont consacré quelques lignes aux applications médico-légales que cette maladie fait naître. Ce silence était certainement dû à la difficulté du sujet et il fallait, pour l'entreprendre, une expérience clinique consommée unie au tact et à l'ingéniosité que nécessitent les expertises médico-légales. Depuis longtemps en contact avec les épileptiques, soit à Bicêtre, soit au dépôt de la préfecture, soit à l'infirmerie spéciale près la préfecture (service des aliénés), M. Legrand du Saulle était exceptionnellement placé pour traiter ces questions délicates, dans lesquelles il s'agit souvent, pour le médecin, d'éclairer la vindicte publique prête à frapper, non un coupable, mais un malade.

M. Legrand du Saulle a d'abord distingué les différents types d'épileptiques proprement dits en trois catégories bien distinctes : 1° ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence,

qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur état ; 2° ceux qui ne présentent que passagèrement les troubles des facultés intellectuelles au moment où, après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques et qui, dans de longs intervalles, jouissent de la complète intégrité de leur raison ; 3° ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente et qui constituent un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très-dangereux.

Les chapitres consacrés à l'épilepsie larvée et à l'épilepsie homicide sont d'un intérêt de premier ordre et *devraient être lus par tous les magistrats et médecins* qui peuvent être appelés à se prononcer en pareils cas.

En résumé, dit l'auteur de ce savant travail, plus on creuse la question, plus on découvre d'horisons imprévus et jusqu'à présent peu soupçonnés. Affirmons avec autorité ce que nous croyons être la vérité, quelque impopulaire que puisse être cette vérité, et obligeons les pouvoirs publics et la société à penser et à dire que le médecin, avant d'être un savant, est d'abord un honnête homme. C.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Les cours complémentaires de la Faculté de médecine. — Dans notre avant-dernier numéro, 10 octobre 1877, nous avons annoncé, sur la foi de notre reporter, que M. Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, avait été chargé des cours complémentaires des *maladies mentales* pour une période de dix années. C'est une erreur ; M. Voisin a été chargé du cours pour l'année scolaire 1877-1878 seulement.

On sait que M. Ball avait déjà été nommé *professeur de la chaire de clinique mentale et des maladies de l'encéphale* à la Faculté de médecine.

Or, il paraît qu'on s'occupait de l'installation du service de M. Ball lorsque la nomination de M. Voisin à la Salpêtrière est tombée comme une bombe en pleine installation.

Les élèves ne manqueront pas de professeurs pour les maladies mentales.

D'autre part, il paraîtrait qu'un journal médical aurait dit que M. Ball avait obtenu l'ordre d'installation de la clinique des maladies mentales à la Salpêtrière par une faveur du ministre, ce dont le nouveau professeur se défend avec vigueur. Que le professeur Ball se défende en publiant une lettre dans les journaux de médecine, c'est son droit, mais il s'égare, selon nous, en disant qu'il se voit obligé de donner un démenti formel à des insinua-

tions calomnieuses. M. Ball n'a pas été calomnié. On lui a seulement reproché d'avoir sollicité du ministre de l'Intérieur l'installation de son service, installation qui ne pouvait se faire, d'après le même journal, qu'au détriment des services de MM. Charcot et Moreau (de Tours), deux anciens maîtres du professeur Ball. On l'a en même temps félicité d'avoir eu la puissance de faire donner par le Ministre de l'Intérieur des instructions pour que, en quinze jours, son service fût complètement organisé.

Ces nouveaux cours vont-ils altérer le prestige des leçons sur les *maladies du système nerveux*, professées à la Salpêtrière, par M. le professeur Charcot?

D'un autre côté, on parle beaucoup de l'irritation de la Faculté qui n'a pas été consultée, dit-on, pour la nomination des nouveaux professeurs chargés des cours complémentaires. Le ministre de l'Instruction publique use de son droit, mais ses prédécesseurs, qui jouissaient du même privilége, ne manquaient jamais de consulter la Faculté. Les membres de la Faculté, réunis jeudi dernier en assemblée générale, ont nommé une commission chargée de protester contre ces nouvelles nominations et de réclamer leur annulation. On conçoit l'émotion de ce corps enseignant qui, tout à coup, sans être consulté, voit sa porte s'ouvrir à six chargés de cours, *nommés pour dix ans, avec droit d'assister et de voter aux examens.*

Le ministre a le droit de nommer des médecins ou chirurgiens des hôpitaux non agrégés. Cependant la nomination de trois médecins non agrégés aux fonctions de professeurs complémentaires est généralement critiquée, et l'un d'eux, paraît-il, est décidé à ne pas accepter. On dit même que deux ont remis leur démission entre les mains du doyen.

On dit encore autre chose, mais nous avons le devoir de ne provoquer aucune excitation et nous attendons les événements. On nous permettra cependant d'ajouter qu'il est fort regrettable, à tous les points de vue, de voir la politique jouer un rôle quelconque dans l'enseignement de la médecine.

Protestation des agrégés de la Faculté. — Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris, réunis le 26 octobre 1877, ont adopté à l'unanimité les résolutions suivantes :

Considérant que le décret et l'arrêté ci-dessous visés lèsent les droits acquis par le concours de l'agrégation, et menacent de rendre illusoires les concours futurs.

Protestent :

Contre l'arrêté qui permet à des médecins et chirurgiens étrangers au corps de l'agrégation de prendre part à l'enseignement officiel de la Faculté de médecine et de participer aux examens;

Contre l'arrêté ministériel du 11 octobre 1877, qui charge de

cours complémentaires trois médecins des hôpitaux non agrégés.

(Suivent les signatures.)

Maladie des yeux. — M. le Dr A. Desmarres commencera son cours sur la Pathologie oculaire à l'École pratique (amphithéâtre no 2), le mercredi 14 novembre, à 5 heures du soir, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

Préparation aux examens 1er de fin d'année, 3e et 4e de doctorat. — Le Dr Lelorain, licencié ès-sciences naturelles, recommence ses leçons particulières d'histoire naturelle, pharmacologie et thérapeutique, plantes fraîches, herbiers, droguier complet, interrogations fréquentes, études pratiques dans les serres et aux galeries du Muséum.

S'inscrire chez le Dr Lelorain, de 4 à 6 h., 16, rue Monge.

Anatomie et dissection. — M. Fort a l'honneur de faire savoir aux étudiants en médecine qu'il a commencé son cours particulier d'anatomie et de dissections, et qu'il commencera son cours public d'anatomie le mercredi 7 novembre, dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique.

Concours à l'internat. — Voici deux autres sujets de composition écrite qui se trouvaient dans l'urne d'où est sortie la question : *Vaisseaux sanguins du poumon, gangrène pulmonaire: Vaisseaux et nerfs de rein, accidents de la lithiase rénale; Muqueuse linguale, cancer de la langue.*

Les volontaires ont subi la question orale le samedi 20 octobre : *Aponévroses du périnée, infiltration urineuse.*

Concours de l'externat. — Les questions déjà citées ont été données pour les *volontaires* partant. Les autres élèves ont commencé lundi la série des questions orales sur l'anatomie. Première question : *Vertèbres dorsales.* Deuxième : *Muscles grand dentelé et petits dentelés.* Troisième : *Articulation huméro-cubitale.* Quatrième : *Cavité orbitaire.*

Nons ferons remarquer aux élèves que les questions du concours de l'externat sont, pour la plupart, les mêmes que celles des années précédentes.

A propos du volontariat, nous ajoutons qu'on s'accorde généralement à dire que la quatrième année est la plus favorable au volontariat pour les étudiants en médecine, puisqu'ils n'ont, momentanément du moins, aucun examen à préparer en quatrième année.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 28 octobre 1877, on a constaté 849 décès, dont 628 à domicile et 221 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

Troisième année. N° 45. 8 Novembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 8 Novembre 1877.

Académie de médecine (séance du 30 octobre. — La question de l'allaitement artificiel a été de nouveau soulevée à l'Académie. M. Devilliers a lu, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Depaul, Blot et plusieurs autres membres, la réponse qu'il propose d'adresser au Ministre de l'Agriculture et du Commerce, qui a demandé l'avis de l'Académie sur l'opportunité de *créer un établissement pour l'allaitement artificiel*. La commission émet l'avis qu'il serait *dangereux* de créer un établissement de ce genre et que les fonds nécessaires pour cette création seraient mieux utilisés, si on les répartissait sous forme de primes d'encouragement aux mères-nourrices et aux mères qui garderaient les enfants auprès d'elles. D'après M. Devilliers, « dans les « localités où cet allaitement est pratiqué avec le plus de « soin et d'intelligence, c'est-à-dire en Normandie, par « exemple, la mortalité des enfants ainsi allaités est « énorme et n'est pas moindre de 35 p. 100. Il n'y a donc « pas lieu, suivant M. Devilliers, d'accepter des fonds des- « tinés à favoriser un allaitement que l'expérience permet « de considérer comme désastreux. »

On pourrait répondre par cet autre argument : la mortalité des enfants qu'on envoie en nourrice est de 51 p. 100. (Voir la brochure de M. Coudereau. *Projet d'une fondation municipale pour l'élevage normal de la première enfance*. Paris, 1875).

M. J. Guérin proteste contre les conclusions du rapport des membres de la commission qui ne lui paraissent pas avoir suffisamment compris le but et la signification de la proposition faite par le Conseil municipal de Paris. Celui-ci propose d'instituer des expériences dans le but d'améliorer les conditions de l'allaitement artificiel.

M. Guérin ne comprend pas qu'on puisse méconnaître les progrès faits depuis vingt ans par l'allaitement artificiel. Quand ce progrès se bornerait à avoir séparé l'allaitement artificiel de l'alimentation prématurée, ce résultat serait déjà assez grand pour lui mériter d'être pris en considération.

Il est impossible, s'écrie l'honorable académicien, que l'Académie laisser étouffer ainsi une question aussi importante que celle de l'allaitement artificiel. Les statistiques sur lesquelles s'appuient les adversaires de ce mode d'allaitement sont absolument fausses. Quand on songe qu'un médecin de Besançon (le Dr Perron), opposé d'abord à l'allaitement artificiel, s'y est converti ensuite, et a pu élever ses 7 enfants par ce moyen avec le succès le plus complet ; quand on songe encore qu'une femme (une nourrice-éleveuse de Besançon) a élevé de la même manière, 90 enfants, sans en perdre un seul, il est impossible de ne pas être frappé des bons résultats que l'on peut obtenir par ce mode d'allaitement intelligemment pratiqué. Il ne faut pas que l'on dise que l'Académie a refusé de l'expérimenter, alors qu'on lui en proposait les fonds et les moyens.

Les observations de M. J. Guérin nous paraissent fondées. Il est regrettable qu'on n'entreprenne pas des expériences sérieuses dans le but de résoudre cette importante question. Certes, si l'on voulait substituer l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel, la proposition serait immorale comme l'ont dit MM. Devergie et Depaul, mais il s'agit seulement de *régler les conditions de l'allaitement artificiel* chez les enfants des classes ouvrières qui ne peuvent, pour une raison ou pour une autre, être allaité par la mère ou par une nourrice. Le but nous paraît, au contraire, très-moral, et de plus, il est philanthropique. Du reste, chacun de nous a son opinion faite sur l'allaitement artificiel d'après ce qu'il a vu dans sa propre famille et dans sa clientèle. Nous sommes persuadé que si, relativement à cette question, on avait

recours au suffrage universel parmi les médecins, l'expérimentation de l'allaitement artificiel serait réclamée à une grande majorité, malgré l'opposition de notre *Sénat* académique.

Nous ajouterons que l'idée d'un établissement où seraient accumulés les enfants, acceptable de prime abord, nous paraît devoir être repoussée. Mais il serait très-facile de mettre le même projet à exécution en réunissant dans le même lieu un très-petit nombre d'enfants appartenant au même quartier.

Après avoir écrit ce qui précède, nous avons lu l'article de la *Gazette Médicale* dû à la savante plume de M. le Dr de Ranse et nous avons constaté avec plaisir que sa pensée est absolument conforme à la nôtre.

— M. Verneuil a lu ensuite un mémoire important sur la désarticulation de la hanche. Nous en parlerons prochainement.

— *Société de Chirurgie* (séance du 31 octobre). — Les membres de la Société ont discuté sur l'action de l'ergotine, sujet fort important au point de vue de la pratique journalière. (Voir dans le corps du journal).

LE CAS DE M. GUYOT-MONTPAYROUX

M. Guyot-Montpayroux, atteint d'aliénation mentale, vient d'être placé dans la maison de santé de M. le Dr Luys, à Ivry. Les opinions les plus diverses ont été émises sur l'état du député du Puy, les uns disant qu'on ne peut rien préjuger de sa maladie, les autres affirmant qu'elle sera de courte durée. Selon nous, les uns et les autres sont dans l'erreur, et le malheureux député pourrait bien suivre la pente fatale des aliénés du même genre qui ont pour caractère commun d'être atteint du *délire ambitieux*.

Lorsqu'un homme dit qu'il a trente milliards pour fonder le plus grand journal du monde ; — lorsqu'il retient toute la *Maison-Dorée* pour y recevoir quarante des personnages les plus illustres de la terre ; — lorsque cet homme jette au feu les brillantes parures d'une femme élégante en lui promettant, pour les remplacer, les plus belles mines d'or, on peut affirmer que cet homme est fou, et que, de plus, il est atteint de délire ambitieux.

Les aliénistes savent que le délire ambitieux est un des symptômes du début de la *paralysie générale des aliénés* et que, presque fatalement, ce délire est l'indice de lésions de la surface du cerveau et des membranes qui l'entourent, *méningo-encéphalite*. Etant connue la nature ardente, véhémente, passionnée, de M. Guyot-Montpayroux, on est en droit de supposer que la période d'excitation, sera chez lui de courte durée et que le processus inflammatoire envahira rapidement l'écorce grise des circonvolutions, en l'indurant d'abord et en la ramollissant ensuite.

La deuxième période survenant, l'excitation cérébrale sera remplacée par divers symptômes qui conduisent graduellement le malade à l'impotence des membres et à l'imbécillité, symptômes qui se succèdent d'ordinaire dans l'ordre suivant : dilatation inégale des pupilles, embarras de la parole, tremblement de la langue, affaissement graduel des membres, affaiblissement intellectuel. La dégradation physique et intellectuelle du malade fait des progrès très-sensibles ; le pharynx paralysé ne remplit qu'imparfaitement ses fonctions, et la déglutition est gênée ; les membres refusent leur service, le malade devient complètement impotent ; les sphincters ne remplissent plus leurs fonctions, d'où il résulte de graves inconvénients ; enfin, ce qui restait d'intelligence disparaît graduellement, jusqu'à ce que les progrès de la lésion entraînent la terminaison fatale (dans un laps de temps qui peut varier de six mois à deux années).

Tel est le *pronostic* à porter, selon nous, sur le cas qui nous occupe. La marche est, en général, fatale. Les pseudo-guérisons, que l'on observe dans certains cas, ne sont que des rémittences, des temps d'arrêt de la maladie, après lesquels elle prend un nouvel essor, mais un essor généralement sans espoir. Le traitement institué par le savant aliéniste, auquel le malade est confié, parviendra-t-il à arrêter les progrès de la lésion et à la faire rétrocéder ? Peut-être ?

La valeur du délire ambitieux est considérable en pathologie mentale ; le médecin, le médecin légiste surtout, doivent y attacher une grande importance. L'avenir nous donnera-t-il raison dans le cas actuel? Nous le craignons.

On dit que le début a été brusque chez le député du Puy,

en est-on bien certain et n'a-t-on pas observé quelques symptômes précurseurs, comme de l'embarras de la parole, etc. ?

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. TRÉLAT.

Un exemple de l'utilité du chloroforme dans le diagnostic des contractures hystériques et des contractures symptomatiques de lésions diverses.

M. le professeur Trélat a rapporté la curieuse observation suivante dans une de ses dernières léçons.

Une femme vigoureuse, âgée de 32 ans, exerçant la profession de cuisinière, nous est apportée le 8 janvier dans un état en apparence grave. Quatre jours auparavant elle avait fait une chute dans un escalier et avait ressenti aussitôt une douleur violente dans l'aîne droite avec impossibilité de marcher. Cette malade se plaint actuellement de douleurs vives dans l'aîne et la hanche droite et affecte une attitude particulière, la cuisse de ce côté portée dans la rotation en dedans et fléchie, et, cette attitude, elle ne peut la modifier elle-même sans des douleurs considérables. La rotation en dehors, l'extension, l'abduction de ce membre sont très-difficiles à pratiquer ; la malade crie quand j'essaie de lui faire faire ces mouvements et la contracture musculaire est énorme, les muscles sacro-lombaires sont fortement contracturés ; il existe une ensellure considérable à la région lombaire. Mais il n'y a ni raccourcissement, ni allongement du membre. Il n'y a pas non plus d'ecchymose ni de gonflement au niveau de l'articulation coxo-fémorale ; j'ajoute que la pression la plus légère y est atrocement douloureuse. La malade affectée de rétention d'urine complète depuis quatre jours, à ce qu'il paraît, n'urine que par le cathétérisme qui est douloureux et que l'on fait deux fois par jour. Elle nous apprend de plus qu'elle a déjà eu autrefois une rétention d'urine qui a duré *quinze mois*. L'intestin est distendu par des gaz, et la paroi abdominale tendue considérablement vient faire une saillie énorme, et, avec cela, elle est très-douloureuse à la palpation. Ce météorisme d'ailleurs gêne beaucoup l'exploration de l'abdomen. La douleur à la palpation est surtout très-intense dans la partie la plus basse de la fosse iliaque droite et la percussion la réveille au suprême degré. Il existe à gauche dans la fosse iliaque et surtout au niveau de l'ombilic une sensation de fluctuation pas très-nette et qui ne paraît pas se transmettre au côté opposé. Enfin, si l'on parvient malgré les cris de la malade à déprimer

fortement la paroi abdominale, on sent dans la fosse iliaque droite un empâtement mal circonscrit, mal accusé.

Je n'oblins rien du toucher vaginal pour le diagnostic. L'utérus était convenablement mobile et paraissait de volume normal, le col seulement un peu entr'ouvert et assez mou laissait entrer l'extrémité du doigt à environ un demi-centimètre. En portant le doigt dans le cul-de-sac du vagin du côté droit je provoquais exactement la même douleur qu'en pressant sur la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque de ce côté. Mais je ne trouvais absolument aucune tumeur dans la cavité pelvienne.

La température est normale et le pouls manque de fréquence.

La malade est très-constipée et elle nous dit qu'elle n'a pas ses règles depuit huit mois. Les principaux viscères, poumons, cœur, foie, rate, nous paraissent tout à fait sains et à l'état normal.

Voici les commémoratifs que la malade nous donne : douée antérieurement d'une santé excellente, elle a eu deux grossesses. Il y a cinq ans, elle aurait reçu vers le milieu de sa première grossesse un coup de pied dans le ventre et c'est depuis cette époque qu'elle éprouverait des accidents, c'est-à-dire une douleur persistante avec exacerbations dans la fosse iliaque *droite*. Elle accoucha d'un enfant mort et le ventre resta plus douloureux que précédemment en même temps qu'il augmenta de volume. Puis voici ce qu'elle nous raconte et qui est au moins bizarre. On lui aurait fait ensuite une série de ponctions abdominales que rien n'explique; ainsi quatre mois après son premier accouchement on lui aurait pratiqué une première ponction laquelle n'aurait donné issue qu'à des gaz. — Quelque temps après, plusieurs ponctions répétées le même jour et n'ayant donné issue à rien. — Puis encore nouvelles ponctions ne donnant qu'un peu de liquide, suivies d'autres ponctions sans résultat. Enfin une nouvelle ponction aurait donné issue à un *litre de liquide*? En dernier lieu, il y a vingt mois, six mois après son second accouchement, on lui aurait fait une ponction encore, laquelle ponction n'aurait donné issue à rien du tout.

Notre malade depuis douze jours vomit tout ce qu'elle prend, mais seulement ce qu'elle prend et avec cela elle ne paraît pas affaiblie, au contraire, elle garde le teint frais et coloré. Elle n'est affaissée ni au physique ni au moral. Tout ce qu'on peut observer dans la sphère du système nerveux, c'est une légère diminution de la sensibilité de tout le côté gauche du corps, y compris la cornée.

Je lui fis immédiatement appliquer des ventouses scarifiées sur la hanche, suivies de cataplasmes calmants; je donnai l'opium, le chloral, en lavements bien entendu, l'estomac ne

gardant rien, et je n'obtins aucun résultat. Douleur, météorisme, attitude vicieuse, rétention d'urine, tout persista sans amélioration. Les urines étaient tantôt parfaitement limpides, tantôt troubles et remplies de mucosités, phénomène évidemment dû à une cystite chronique.

En présence de ces faits, je me suis décidé, il y a six jours, à chloroformiser ma malade jusqu'à résolution complète; on sait que toutes les attitudes des muscles volontaires s'effacent merveilleusement sous l'influence du chloroforme. Aussi à peine la résolution des muscles fût-elle atteinte que la flexion et la rotation de la cuisse disparurent et le membre dévié reprit une position normale. L'ensellure s'effaça en même temps, et je pus imprimer au membre les mouvements les plus étendus en divers sens, et m'assurer qu'il n'y avait aucune altération de l'articulation coxo-fémorale. La tension abdominale était également tombée et le ventre était devenu flasque et ridé. A travers la paroi abdominale ainsi complètement relâchée, je touchais et j'explorais facilement tous les organes pelviens et abdominaux et je m'assurais qu'il n'y avait pas de tumeur de ces régions. Ainsi il n'y avait pas de grossesse, il n'y avait pas de kyste de l'ovaire, il n'y avait pas de tumeur fibreuse de l'utérus ni de tumeur d'aucune sorte des ligaments larges, etc., etc. La malade resta quelques moments dans la résolution complète, et à mesure que l'influence du chloroforme diminuait, l'on voyait reparaître peu à peu les symptômes précités, la contracture, l'attitude vicieuse, le gonflement du ventre, etc.

Je suis par suite en droit d'élever des doutes sérieux sur l'existence de toutes ces ponctions abdominales dont notre malade nous a parlé. En tout cas, si des ponctions ont été faites, ce n'ont été bien certainement que des ponctions intestinales pratiquées en raison du météorisme produit par la constipation opiniâtre. Ces jours-ci elle reste dans l'état en apparence grave que je vous ai décrit, aussi lui fais-je encore appliquer des ventouses scarifiées sur la hanche et pratiquer des injections sous-cutanées de morphine en cette région.

Voilà certes un cas curieux que je ne crois pas absolument rare et il y a là de quoi troubler un chirurgien. Aussi me voyez-vous insister longuement sur cette malade et appeler toute votre attention sur ce point délicat de diagnostic. Qu'est-ce en effet? Est-ce une néphrite? Est-ce une contusion de la hanche, ou encore est-ce un psoïtis? La néphrite d'abord est inadmissible : il n'y a pas de fièvre. J'ai palpé et examiné la région du psoas et de l'iliaque et je n'ai rien trouvé d'anormal. D'ailleurs dans l'hypothèse d'un psoïtis, il y aurait eu rotation de la cuisse en dehors et non en dedans comme on l'observe ici. Nous ne

saurions donc admettre aucune de ces maladies. C'est tout simplement une femme hystérique qui présente une série de phénomènes variés comme en présentent ces femmes-là. et je vois encore la preuve de ce diagnostic dans l'état de la sensibilité. Je vous ai dit, en effet, que la finesse de la sensibilité n'était pas la même des deux côtés, et du côté gauche qui est sain elle est plus obtuse que de l'autre côté sans qu'il y ait pour cela hémi-anesthésie complète. J'ajoute que pour explorer complètement la cavité abdominale il eût fallu peut-être pratiquer cet examen par le procédé de Simon, c'est-à-dire introduire complètement le bras dans le rectum. Mais on déchire ainsi le sphincter et l'anus, et en tout cas c'est un procédé réservé et que je ne saurais approuver. Enfin je désire vous faire remarquer combien le chloroforme est un agent précieux dans ces cas complexes, bizarres, embarrassants; car sans les données qu'il m'a fournies je ne serais peut-être pas arrivé au diagnostic.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Les résultats merveilleux de l'ergotine contre la métrorrhagie.

Dans le n° 22 de *Paris médical* (1875) et dans le n° 18 (1877) nous avons cité des observations très-remarquables dans lesquelles il était démontré que les injections sous-cutanées d'ergotine guérissaient radicalement certaines métrorrhagies.

La première des observations que nous rappelons est celle de M. Terrier qui arrêta en quinze jours une métrorrhagie produite par une tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme arrivée au dernier degré du marasme. La formule du liquide employé était celle-ci :

℞ Glycérine...	15	grammes.
Eau.........	15	—
Ergotine....	4	—

F. S. A. une solution, dont on emploiera 20 gouttes par jour en injections sous-cutanées. 20 gouttes représentent un gramme du mélange et par conséquent la trente-quatrième partie de la solution. M. Terrier a donc guéri sa malade avec un peu plus de 10 centigrammes d'ergotine par jour.

Les deux autres observations appartiennent à un médecin italien, Stefano Tolini, qui a employé de 80 centigrammes à 1 gramme d'ergotine par jour.

Voici la formule :

℞ Eau........	3 grammes.
Alcool	3 —
Glycérine...	3 —
Ergotine....	3 —

F. S. A. une solution.

Hildebrand emploie la solution suivante dans les cas de métrorrhagies produites par les myômes ou tumeurs fibreuses de l'utérus :

℞ Eau........	13 grammes.
Glycérine...	2 —
Ergotine....	3 —

F. S. A. une solution.

M. Moutard-Martin formule ainsi la solution dont il se sert : Glycérine, 15; eau, 15; ergotine, 2.

M. Dujardin-Beaumetz, médecin à l'hôpital Saint-Antoine : Eau, 8 gr. 20; ergotine, 1 gr. 20.

M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin : Glycérine, 30 gr.; ergotine, 2.

Si nous avons cité plusieurs formules, c'est pour bien montrer qu'il n'est pas très-important de s'en tenir à une formule unique et qu'il suffit d'injecter sous la peau un peu d'ergotine pour se rendre maître d'une métrorrhagie. Dans l'observation de M. Terrier 2 grains ont suffi; dans celle de M. Tolini il a fallu employer 24 grains.

M. Constantin Paul, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a communiqué le résultat de 13 observations personnelles à la *Société de Thérapeutique* dans sa séance du 10 octobre 1877.

Dans tous les cas (il s'agissait de métrorrhagies produites par des cancroïdes de l'utérus ou causées par des avortements) il a injecté 66 milligrammes d'ergotine en se servant de la solution de M. Moutard-Martin. Chaque fois, 66 milligrammes ont suffi pour arrêter l'écoulement sanguin dans un espace de temps qui varie de 5 à 10 minutes. On voit que cette dose est encore plus faible que celle de M. Terrier.

Voilà des observations concluantes. Nous engageons ceux de nos confrères qui se trouvent en face de métrorrhagies à user de ce moyen dont les résultats sont vraiment merveilleux. On pourrait s'en servir aussi dans les hémorrhagies qui se produisent au moment de l'accouchement.

On pourra être étonné de voir qu'une dose minime de 66 milligrammes est efficace, alors qu'une potion contenant 4 grammes d'ergotine reste sans effet, comme le fait remarquer M. le professeur Gubler. La différence dans les résultats tient évidemment au mode d'administration. L'ergotine en potion est proba-

blement altérée par les liquides du tube digestif: l'ergotine en injections sous-cutanées est introduite dans le sang par absorption, et, pour ainsi dire, à l'état de pureté. Aussi retrouve-t-on ici son action telle que l'a indiquée M. Bonjean, de Chambéry.

L'ergot de seigle agit avec moins d'efficacité, avec beaucoup plus de lenteur et son emploi n'est pas exempt d'inconvénient. C'est à l'ergotine de Bonjean que le praticien doit avoir recours.

Dr F.

Mode d'action du perchlorure de fer dans les hémorrhagies, par M. le professeur Broca, chirurgien, à l'hôpital des Cliniques.

Le perchlorure de fer n'est véritablement hémostatique que lorsqu'on l'applique alors que l'écoulement du sang est déjà suspendu momentanément. L'expérience a démontré que le perchlorure de fer n'agit pas immédiatement sur le sang avec lequel il est en contact; celui-ci ne se coagule, sous son action, que lorsqu'il est déjà en contact avec le médicament depuis trente secondes environ; de sorte que si l'on met du perchlorure de fer sur une plaie dans laquelle le sang coule un peu abondamment, il continue encore à s'épancher pendant une demi-minute après son application. Aussi lorsqu'il se forme un caillot, c'est à la surface de la plaie et non pas dans les orifices des vaisseaux, condition nécessaire pour l'arrêt du sang. Au contraire, si l'écoulement du sang a été interrompu pendant un temps suffisant, le perchlorure peut agir dans les vaisseaux mêmes et y déterminer la formation de caillots nécessaires pour une hémostase complète. On comprend donc que, avant d'appliquer cette substance sur une plaie, on doit s'efforcer, par tous les moyens possibles, et, en particulier, par la compression faite au-dessus d'elle, de suspendre l'hémorrhagie.

Moyen très-simple de porter le nitrate d'argent dans la cavité utérine, par le professeur Pajot.

Voulez-vous, dit M. Pajot, faire connaître à nos confrères un *moyen très-simple de porter le nitrate d'argent dans la cavité utérine*, sans crainte de casser jamais le crayon, accident qui préoccupe toujours, quoi qu'on puisse dire.

Je prends une *tige de Laminaria* de deux millimètres de diamètre environ, je la trempe dans une solution très-concentrée de gomme arabique, je la roule dans de la poudre très-fine de nitrate d'argent fondu et je laisse sécher.

J'obtiens ainsi un crayon de grosseur ordinaire, *incassable*, qu'on peut porter aussi profondémeut qu'il est besoin et conduire dans toutes les directions.

Il est monté sur le porte-nitrate de trousse.

Ce moyen, si je ne me trompe, paraît applicable à toutes les cavités et l'on pourrait utiliser, peut-être, le procédé pour d'autres caustiques plus actifs.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de thérapeutique, par le Dr Armand PAULIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 1012 pages, chez Octave Doin, 8, place de l'Odéon. Prix ; 10 francs.

La publication de ce volume comble-t-elle une lacune comme le dit son auteur dans la préface? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement. On ne manque pas de Traités de thérapeutique et de matière médicale, mais jusqu'à présent un manuel, genre de livre si apprécié des élèves en général, n'a jamais été publié.

Le *Manuel de thérapeutique* a toutes nos sympathies. Nous l'avons lu et étudié avec soin. Ce qui nous plaît surtout, c'est la manière dont il est conçu. On trouve partout l'ordre, la méthode, la clarté, qualités inappréciables pour les livres scientifiques. L'auteur nous paraît profondément versé dans l'étude de la thérapeutique dont aucun sentier ne lui est inconnu.

Quoique l'ouvrage se présente sous un petit volume, M. Paulier a su y trouver une place pour tous les médicaments nouveaux, on se tromperait si l'on comparait le *Manuel de thérapeutique* à un formulaire; c'est un véritable petit *Traité* que le praticien ne dédaignera pas et dans lequel l'élève trouvera toutes les matières à étudier pour ses examens. D'après l'habitude que nous avons du maniement des livres et des élèves, nous ne craignons pas de prédire un succès à cet ouvrage. Nous désirons pour le bien des élèves que l'avenir ne nous donne pas un démenti. F.

Maladies du rectum. — Diagnostic et traitement, par William ALLINGHAM, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, traduit et annoté par le Dr G. POINSOT, lauréat de la Faculté de médecine de Paris et de la Société de chirurgie, avec une introduction du professeur COURTY. 1 vol. in-8°, chez V.-A. Delahaye, — Prix : 5 fr.

« Un traité spécial sur les *maladies du rectum et de l'anus*, dit

M. le professeur Courty dans l'Introduction, manquait à la littérature médicale française. En Angleterre, cette lacune semblait comblée depuis plusieurs années par les travaux de Curling, de Syme, de Quain, etc. L'ouvrage de M. Allingham complète ceux qui l'ont précédé, il y ajoute de nouvelles données et il reflète d'une manière aussi saisissante que profitable la pratique de son auteur. Il n'est donc pas étonnant que l'habile traducteur ait fait choix de ce Traité de préférence à tout autre, pour enrichir la bibliothèque du médecin praticien français. »

En raison de leur fréquence et, par conséquent, de leur *importance* pour le chirurgien, les maladies du rectum et de l'anus doivent être étudiées d'une façon toute particulière. La lacune que signale M. le professeur Courty a d'ailleurs été en partie comblée par le traité du Dr Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et par les excellentes monographies de M. le professeur Gosselin et de M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

L'ouvrage d'Allingham sera consulté avec fruit, en raison de son caractère essentiellement pratique. En effet, il n'est question dans cet ouvrage que du diagnostic et surtout du traitement. L'auteur anglais étudie sous ce rapport les fistules, les hémorrhoïdes et leurs complications, les fissures, les polypes du rectum, les ulcérations, les rétrécissements et la procidence, enfin les tumeurs de la région.

Un chapitre très-intéressant résume sa pratique dans le traitement de la fistule à l'anus. C'est à la ligature élastique qu'il a toujours recours et les résultats qu'il en a obtenus dans de nombreux cas sont de nature à faire pencher le chirurgien en faveur de ce mode de traitement de préférence au bistouri et à l'écraseur. La douleur que certains auteurs, M. Verneuil en particulier, ont signalée, serait absolument exceptionnelle, et, sur ce point, les observations du professeur Courty sont d'accord avec celles d'Allinghan.

Les quelques lacunes de l'ouvrage ont été comblées par le Dr Poinsot dont la traduction, comme l'a dit très-justement le professeur Courty, semble un livre écrit primitivemeni en français, nullement un livre traduit. C'est aussi notre avis et nous en félicitons sincèrement le traducteur. C.

Des fractures du fémur et de leur traitement par l'extension continue, par le Dr HENNEQUIN, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Barbier). 1 vol in-8° avec 11 gravures intercalées dans le texte, chez V.-A. Delahaye. Prix : 13 fr.

C'est l'histoire complète des fractures du fémur qu'a entrepris

d'écrire l'auteur de ce volumineux et savant ouvrage, et cela, non-seulement au point de vue du traitement que le Dr Hennequin avait déjà perfectionné par l'appareil qui porte son nom, mais encore sous le rapport de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et du diagnostic.

Comme on devait s'y attendre, la question de thérapeutique y occupe une large place et les observations publiées par l'auteur, qui sont au nombre de soixante-deux, militent en faveur de son mode de traitement.

Avant d'entrer dans l'étude particulière de chaque espèce de ce genre, le Dr Hennequin passe en revue certains symptômes et certains signes qui leur sont communs, le mode de formation du cal et les obstacles qui peuvent retarder la consolidation. Dans cette partie préliminaire, nous signalerons le chapitre relatif à l'hydarthrose et à la roideur du genou.

Un pareil livre s'analyse difficilement. Les aperçus nouveaux y abondent, et même quand l'auteur n'est que le rapporteur fidèle des travaux de ses devanciers il est encore original et fort intéressant.

Quelques figures intercalées dans le texte et bien exécutées en facilitent l'intelligence.

Quant à la valeur de l'extension continue en général et de l'appareil de l'auteur en particulier, nous croyons que la lecture des observations recueillies par M. Hennequin devra amener la conviction dans beaucoup d'esprits.

L'ouvrage, en dehors de ce mérite particulier, restera toujours comme la meilleure monographie sur cette question l'une des plus importantes de la pratique chirurgicale. C.

L'Hygiène et l'Education dans les internats, lycées, colléges, pensionnats, etc., par le Dr A. Riant, médecin de l'Ecole normale du département de la Seine, chargé du cours d'hygiène au lycée Charlemagne, etc. 1 vol. in-18, librairie Hachette. Prix : 3 fr. 50.

Ce nouveau volume vient compléter *l'Hygiène scolaire*, et les *leçons d'hygiène* à l'usage des lycées que nous avait déjà donnés M. le Dr Riant. La faveur si méritée avec laquelle ont été accueillis les deux premiers ne fera pas défaut, nous en sommes convaincu, à ce dernier ouvrage.

L'importance du sujet traité par M. Riant n'a pas besoin d'être démontré, et s'il pouvait exister quelques doutes, la lecture de « l'*Hygiène et l'éducation dans les internats* » suffirait à les dissiper.

Dans l'hygiène scolaire, l'auteur avait étudié les conditions qui s'imposent aux administrations et aux maîtres, dans l'intérêt de la santé des enfants de l'école primaire; aujourd'hui en pré-

sence du développement toujours croissant des grands établissements d'instruction publique et par conséquent de l'internat qui y règne d'une façon plus ou moins mitigée, et qui, à tort ou à raison est une nécessité, il devient de plus en plus nécessaire d'exiger, au nom de l'éducation et de l'hygiène, des garanties, des améliorations, des réformes sérieuses.

Jusqu'à présent, en effet, comme le dit avec raison notre confrère, c'est la routine qui a réglé toutes ces questions. Il était grand temps que l'hygiéniste s'en emparât et les résolut. Nul plus que M. Riant n'était mieux préparé pour cette tâche. Dédaigner ou différer l'étude de ces améliorations n'est plus possible, en effet, à une époque dont le mal caractéristique est l'anémie : anémie physique, qui menace tous les organismes, toutes les santés; anémie intellectuelle, qui se trahit par tant d'œuvres médiocres; anémie morale, qui abaisse les caractères et rend si rares les hommes dignes de ce nom.

Nous souhaitons que ce savant livre soit apprécié, comme il le mérite, de tous les médecins, des professeurs et des pères de famille. F.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Société française de tempérance. — La Société met au concours les questions suivantes pour les *prix à décerner* en 1878 :

Première question. — Déterminer à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine. Le prix sera de 2,000 francs.

Deuxième question. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques. Le prix sera de 1,000 fr.

Troisième question. — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques. Le prix sera de 1,000 francs.

Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le Dr Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier.

L'affaire des cours complémentaires. Protestation de la Faculté de médecine. — Au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Le Fort, Richet, Trélat et Verneuil, M. Le Fort a proposé à ses collègues de *protester* à la fois contre le décret du 20 août et contre les arrêtés du 11 octobre et d'en *réclamer l'abrogation.* Tous les membres, *moins un*, se sont prononcés pour la protestation. La Faculté est, dit-on, décidée à aller jusqu'au Conseil d'Etat.

La Faculté réussira-t-elle ? Qui le sait ?

D'après l'*Union médicale* la protestation sera d'autant moins bien accueillie au ministère de l'Instruction publique que l'on doit s'y souvenir que, sous le ministère Waddington, la Faculté a refusé les dons que l'on voulait lui faire de sept à huit chaires nouvelles de cliniques spéciales. A ce moment, plusieurs journaux de médecine ont fait remarquer que la Faculté manquait une excellente occasion de rendre service à l'enseignement clinique et qu'elle méconnaissait un besoin réel.

Quant à la *protestation des agrégés*, dit l'*Union médicale*, on ne trouve pas partout qu'elle ait sa raison d'être. Dans l'état actuel des choses, l'agrégation est une impasse, ceux qui s'y engagent le savent bien ; il n'y a ni lois, ni décrets, ni réglements qui leur promettent la survivance des professeurs titulaires, ni même la nomination aux cours complémentaires. Pourquoi donc se plaignent-ils ? Qu'ils pétitionnent, qu'ils s'agitent pour obtenir de meilleures conditions, très-bien, cela se conçoit et peut se discuter, mais qu'ils protestent contre le droit que possèdent parfaitement le ministre et même la Faculté de nommer aux cours complémentaires des confrères non agrégés, voilà qui n'est pas raisonnable; c'est, qu'on me passe cette expression, donner un coup d'épée dans l'eau.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Gosselin, fait ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures.

Ecole pratique.. — Cours libres.

Hygiène et maladies des nourrissons. — M. le Dr Brochard commencera ce cours le mercredi, 14 novembre, à 8 heures du soir. amphit. n° 2, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

Maladies des femmes. — M. le Dr P. Ménière commencera un cours de *Thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus*

et annexes, le mercredi 8 novembre à l'Ecole pratique, amph. n° 2 à 3 heures et le continuera les vendredis suivants.

Voies urinaires. — M. le Dr H. Picard commencera un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire le jeudi, 8 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedi, jeudi et mardi suivants à la même heure.

Anatomie. — M. le Dr Fort a commencé un cours public d'anatomie le 7 novembre, amph. 3, de l'École pratique à 4 heures.

Hôpitaux. Cliniques libres. — Cours libres.

Hôpital des Enfants. — Le Dr Jules Simon commencera ses conférences, le mercredi, 14 novembre à 9 heures et les continuera les mercredis suivants.

Hôpital des Enfants — Leçons sur le diagnostic de la méningite et des maladies nerveuses par l'ophthalmoscope, par M. le Dr Bouchut..

La première leçon aura lieu le mardi 6 novembre, à 8 heures 1/2 du matin, et les autres les mardis suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Duplay, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses *conférences de clinique chirurgicale* à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 8 novembre à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Constantin Paul fait tous les mercredis à 9 heures et demie, des conférences cliniques sur *le diagnostic et la thérapeutique des maladies du cœur.*

Oculistique et chirurgie. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté, fera tous les jours à sa clinique, 14, rue Séguier, à une heure, des *conférences sur l'oculistique et la chirurgie* à partir du 12 novembre 1877.

Ophthalmologie. — M. le Dr Landolt commencera son cours le 7 novembre à 1 heure. (Voir la page des cours).

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux commencera un nouveau cours particulier le 19 novembre 1877.

Pathologie. — MM. Gilles et Chevallereau, interne des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre un cours complet de pathologie interne et de pathologie externe, préparatoire aux troisième examen de fin d'année et deuxième de doctorat. rue Saint-André-des-Arts, 40. On s'inscrit à cette adresse les mardis, jeudis et samedi de midi à deux heures.

Accouchements. — MM. Budin et Pinard, commenceront le jeudi 15 novembre à 4 heures et demie, un cours d'accouchement. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Concours des prix de l'internat. — La composition écrite a été faite samedi sur les sujets suivants : 1re division (internes de 3e et 4e années) : *Glandes de l'estomac, séméiologie de l'hématémèse.* — 2e division (internes de 1re et 2e années) : *Lobule pulmonaire, emphysème pulmonaire.*

Concours de l'internat à Lyon. — Ont été nommés internes : MM. I. Genevey-Montaz, Chapuis, Robin, Dufour, Soller, Brizard, Auboyer, Bernard, Brossard, Coulomb. II. Hortolè, Badolle, Mathieu, Munot, Brosset et Gauch. — Les internes provisoires sont : MM. Vasselle, Bernay, Rocher, Magnanon, Blanc, Ollivier, Imbert de la Touche et Fuzier.

Concours de l'internat à Bordeaux. — Le concours pour la place de premier interne à l'hôpital Saint-André, s'est terminé, le 19 octobre, par la nomination de M. Hirigoyen, interne de deuxième année, fils d'un des médecins les plus estimés de Bordeaux. Les internes nommés sont MM. Laconche, Bouvet, Bompar, Fage et Du Magny.

Nominations à Paris. — M. le Dr Courot, médecin-adjoint de Saint-Lazare, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le Dr Costilhes, décédé. — M. le Dr Le Blond, médecin-adjoint du dépôt de la Préfecture, est nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare en remplacement de M. Courot. — M. le Dr Jules Voisin, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint du dépôt de la préfecture, en remplacement de M. le Blond.

Après concours, M. Segond est nommé aide d'anatomie à la Faculté de Paris, pour entrer en fonctions le 15 mars 1878, jusqu'au 15 mars 1881. — M. Kirmisson est également nommé aide d'anatomie, pour entrer en fonctions le 1er novembre 1877, jusqu'au 15 mars 1880. Voici les questions que les candidats ont eues à traiter :

Composition écrite : *Anatomie et physiologie du système érectile. Anatomie pathologique et traitement des tumeurs érectiles.*

Compositions orales : 1° Anatomie. Les candidats de la 1re série ont eu : *Anatomie de la vessie chez l'homme.* Ceux de la 2e série : *Trachée et bronches.* — 2° Physiologie. 1re série : *Phénomènes mécaniques de la respiration.* 2e série : *Cours du sang dans les veines.* — 3° Pathologie. 1re série : *Fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* 2e série : *Plaies des artères.*

Epreuves pratiques. — Dissection : *Région poplitée.* — 2° Médecine opératoire : *Ligature de l'artère iliaque externe. Désarticulation de l'épaule.* — 3° Pièces montées : *Veine azygos*; *canal thoracique*; *vaisseaux et nerfs du rectum*; *pie-mère et sinus de la dure mère.*

Après concours, viennent d'être nommés : 1° chefs de clinique,

MM. Raymond et Landouzy; 2° chefs de clinique adjoints MM. Pitres et Barié.

Concours à la Faculté de médecine. — Il sera ouvert, en 1878, à Paris, des concours pour quarante places d'agrégés, à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine de l'Etat.

Paris : Anat. et physiol., 1; hist. nat., 1; méd., 4; chir., 3; acc., 1. — Lille : An. et phys., 1; hist. nat., 1; méd., 3; chir., 3. — Lyon : An. et phys., 1; hist. nat., 1; physique et chimie, 1; méd., 2; chir., 2. — Montpellier : An. et phys. 1; hist. nat., 1; physiq. et ch., 1; méd., 3; chir., 1. — Nancy : An. et phys. 2; physiq. et ch., 2; méd., 2; chir., 1; acc,, 1.

Le concours pour la médecine s'ouvrira le 16 février 1878; le 25 avril, pour chirurgie et accouchements; le 15 juin, pour sciences anatomiques et physiques.

Construction à l'hospice Sainte-Eugénie. — L'hôpital Sainte-Eugénie va s'augmenter d'un pavillon pour les maladies dyphthéritiques; ce pavillon sera isolé du corps de bâtiments. La dédense est évaluée à 34,000 francs.

Le Pape.—Le Dr Ceccarelli ne quitte plus le Saint-Père fortement éprouvé par les douleurs rhumatismales. Un de nos plus savants médecins des hôpitaux, qui a beaucoup expérimenté le salicylate de soude sur les rhumatisants, va être mandé à Rome pour y soigner l'illustre vieillard et le soumettre à un traitement régulier avec l'aide de l'éminent professeur Guido Bacelli.

Réclamations. — Nous avons reçu plusieurs lettres au sujet de l'article publié dans les *Nouvelles* du n° 43 du *Paris médical*, sur le *Congrès de Munich.* Nous ferons à ces lettres une réponse collective. La nouvelle, remise à l'imprimerie par un de nos collaborateurs, ne nous a été communiquée qu'au moment du tirage du journal. Comme il était trop tard pour la faire disparaître, nous avons tenu à y ajouter l'initiale C. Nous n'aimons pas les Allemands, mais nous désapprouvons les extrêmes violences que la presse se permet quelquefois contre eux.

Postes médicaux. — Bonne place de médecin à prendre à *Nancray*, par Boiscommun (Loiret). S'adresser au maire.

Société française d'hygiène. — La Société française d'hygiène a fait sa rentrée sous la présidence de M. Chevallier le 12 octobre.

M. le Dr de Pietra Santa, dans un langage précis, a commencé par faire en ces termes un rapide historique des progrès de l'œuvre :

« Malgré de nombreuses difficultés, conséquences naturelles d'une hostilité sourde, d'une indifférence systématique, d'une concurrence toute commerciale, la Société atteint à ce jour le chiffre fort respectable de 335 membres.

« 10 membres honoraires. — 113 membres associés étrangers. — 55 membres titulaires (de province). — 157 membres titulaires (de Paris). Ces chiffres portent avec eux leur éloquence et leur enseignement.

« Tous se sont rangés sous notre bannière spontanément, sans pression d'aucune sorte, sans se soucier des attaches officielles, sans quémander les puissants protectorats, mais en s'inspirant uniquement des sentiments féconds de l'initiative individuelle et privée, de la grandeur de l'institution elle-même.

« C'est là notre véritable succès; c'est là notre force réelle, mais ce succès ne sera permanent, cette force ne deviendra féconde qu'à la condition d'être tous constamment fidèles à notre devise : LABOREMUS, travaillons sans relâche. »

M. de Pietra Santa donne alors une idée sommaire des mémoires, documents et travaux transmis à la Société par MM. Matthelin, Ch. Pavesi, de Chaumont, Durand-Fardel, P. Coletti, Ed. Nicholson, Ed. Carrière, d'Ancona, G. Pini, Marmisse, Ch. Terrier, Wynter Blyth, Cornelius Fox, Mondollot.

Mortalité à Paris. — Pendant la semaine finissant le 31 octobre 1877, il a été constaté 765 décès, dont 540 à domicile et 225 dans les hôpitaux.

Boîte aux lettres. — *M. le Dr Bozzi à C.* — Vous recevrez, les deux numéros demandés. Il est impossible qu'il ne se perde pas quelques numéros pendant un si long trajet.

M. Laj. Aire. — Demandez à M. de Laf. s'il s'occupe de nous.

M. le Dr Lacroix, 65, rue de D. — Il a été fait selon votre désir.

M. le Dr Général Simv. à Biéla. — Reçu votre commission par Messieurs Bouil. et Pey. Mille remerciements pour votre souvenir.

M. le Dr Duh. Ang. — Reçu lettre; merci pour le malade d'Aire; causerons lors de votre visite à Paris.

M. le Dr Mot-M. — Le jeune homme est fort intelligent, travaille avec goût et fait des progrès rapides.

M. le Dr Dan., Seine. — Comment voulez-vous qu'un médecin s'occupe avec un égal succès de la politique et de la médecine?

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

Troisième année. N° 46. 15 Novembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 15 Novembre 1877.

— *Académie de médecine* (séance du 6 novembre.) L'Académie, sur la demande de M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, a nommé, pour la représenter à l'inauguration de cette Faculté, l'éminent physiologiste du collége de France, le chef de la physiologie expérimentale, M. Cl. Bernard.

— M. J. Guérin revient sur la question de l'allaitement artificiel, il ne comprend pas qu'on ait pu traiter d'immoral un projet aussi humanitaire. Nous avons dit notre pensée à ce sujet dans le dernier numéro, nous n'y reviendrons pas.

— M. Proust, futur candidat de l'Académie (section d'hygiène), communique les résultats d'une enquête sur les cas de rage observés en France de 1850 à 1876. Le traitement curatif de la rage n'en est pas plus avancé qu'auparavant.

— Enfin, M. Gubler a combattu les conclusions d'un travail de M. Oré, de Bordeaux, qui admet une identité absolue entre l'action de l'alcaloïde de l'*agaric bulbeux* et celle de la *strychnine*. D'un autre côté, il a approuvé les expériences de M. Oré, qui admet un antagonisme entre le *chloral* et la *strychnine*. Voici ce qu'il faut retenir surtout : Le chloral injecté dans les veines en temps opportun et en quantité suffisante, chez un animal empoisonné par la strychnine, arrête les effets de la strychnine, non

par neutralisation chimique, mais par action inverse des deux substances sur le système nerveux.

Société médicale des hôpitaux (séance du 26 octobre.) Dans un savant rapport sur les maladies régnantes, que le défaut de place ne nous permet pas de mettre sous les yeux de nos lecteurs, M. E. Besnier a montré que la fièvre typhoïde a donné 326 décès à Paris, pendant le troisième trimestre 1877, tandis que le chiffre des décès s'était élevé à 655 dans le troisième trimestre de l'année 1876. Une communication d'un grand intérêt a été faite par M. Vallin sur les abcès de la *cavité de Retzius*. (Voir dans le corps du journal).

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement palliatif du cancer de l'utérus,

par M. le professeur COURTY.

Si dans les Congrès médicaux nous trouvons parfois les noms de quelques confrères, plus ou moins avides de bruit et de réclame que de progrès scientifique, par contre nous y trouvons le plus souvent des hommes sérieux qui viennent de bonne foi nous exposer leurs vues nouvelles et pratiques sur des sujets qu'on pouvait croire épuisés et désespérés.

Dans une des dernières réunions savantes, M. le Dr Courty, dont nul ne révoque en doute la haute valeur scientifique pour toute la pathologie féminine, est venu entretenir ses auditeurs du traitement palliatif du cancer de l'utérus, non pas qu'il prétende le guérir, mais il espère en retarder la marche.

Si l'encéphaloïde, le squirrhe et quelques autres formes de cancer paraissent au dessus des ressources de l'art, il n'en est pas de même du sarcome et de l'épithéliome.

Les ramollissements de bon nombre d'épithéliomes par les solutions saturées de chlorate de potasse, leur destruction radicale par le chlorure de zinc, la cicatrisation des ulcères cancéreux par la poudre rouge arsénicale de Rousselot, autorisent à concevoir quelque espoir, justifié déjà par de nombreux succès, de traiter un jour le cancer avec plus d'efficacité qu'on ne l'a fait jusqu'à aujourd'hui. On pourra penser que, puisque le développement de ce tissu parasite ne tient en définitive qu'à une altération de nutrition anatomique dont les lois échappent, on

arrivera probablement un jour, lorsque ces lois seront connues, à modifier dans un sens favorable à la conservation de la vie la nutrition de l'élément, d'abord par un traitement palliatif, plus tard peut-être par un traitement curatif capable d'amener la guérison radicale de la maladie.

M. Courty, pour le moment, se borne aux sarcomes et surtout aux épithéliomes, n'osant pas faire plus que d'instituer un traitement palliatif.

Ce qu'il peut assurer seulement, c'est que, chez un grand nombre de malades, ce traitement a déjà suffi à prolonger la durée de la vie, et que chez plusieurs autres la maladie est si bien enrayée que rien n'autorise à craindre qu'elle reprenne sa marche vers une terminaison fatale.

Le traitement palliatif dont parle M. Courty, doit se composer d'un traitement général et d'un traitement local.

Le traitement général est essentiellement reconstituant. Il se compose d'un régime tonique, analeptique, dans lequel, outre la viande, le poisson, les œufs, les herbages, les fruits bien mûrs, sucrés ou cuits, on fait entrer beaucoup de lait, pur ou coupé avec de l'eau de seltz; des reconstituants digestifs, amers, aromatiques, tels que le quinquina, le bon vin, le fer, au besoin un peu de pepsine et de diastase à la fin du repas, comme un peu de bicarbonate de soude ou d'eau de Vichy dix minutes avant. Il conseille d'entretenir la régularité absolue des garde-robes, en donnant tous les soirs une pilule contenant 20 centig. de savon médicinal, 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme de poudre de belladone; l'hydrothérapie, un des meilleurs modificateurs de la circulation générale, agissant assez profondément pour déterminer un changement notable dans la nutrition des éléments anatomiques, particulièrement dans l'organe qui est le siége du mal et par suite d'une congestion anormale; enfin les altérants de diverses sortes, et par dessus tout les préparations arsénicales, soit les pilules asiatiques du Codex ou les granules de Dioscoride, soit les liqueurs de Fowler ou autres à base d'arséniate de soude, etc. M. Courty insiste d'autant plus sur les préparations arsénicales qu'il les regarde comme toutes puissantes dans les affections cutanées ou épidermiques, que de nombreux traits d'union rapprochent des épithéliomes.

Le traitement local diffère suivant qu'il s'agit du corps ou du col.

I. — *Le cancer siége dans le corps, sur la muqueuse du corps.* — Il faut dilater l'orifice cervical avec des tentes d'éponge préparées, abraser toute la muqueuse avec une des curettes que M. Courty a fait fabriquer exprès (les unes tranchantes sur leur

convexité, les autres sur leur concavité, d'autres en forme de serpette); puis cautériser profondément la muqueuse par du chlorure de zinc déliquescent, porté à l'aide de pinceaux sur toute la surface interne des parois utérines. Le succès ne peut être qu'incertain.

II. — *Le cancer siége sur le col.* — Il se présente sous la forme de tumeur ne dépassant pas les limites du col, ou sous celle d'ulcère s'étendant parfois jusque sur les parties voisines du vagin.

Dans le premier cas, M. Courty put débarrasser certains malades d'excroissances en choux-fleurs aussi grosses que la tête d'un fœtus. Il applique au pédicule, c'est-à-dire sur *le col* lui-même, habituellement à l'aide de tubes de Gooch, une ligature élastique. Lorsque toute la partie arborescente, rameuse de la m eur est tombée, il reste le tronc. On en fait l'ablation à l'aide du thermo-cautère courbe si la racine ne s'étend pas profondément, ou droit dans le cas contraire, quand il faut évier le col en cône creux, qui permette d'espérer qu'on a dépassé les racines mêmes du mal.

Dans le second cas, ou bien lorsque par l'ablation de la tumeur on a donné lieu à une plaie qui ressemble plus ou moins à l'ulcère inégal, anfractueux, quelquefois excavé, qui caractérise ce second cas ou cette seconde forme de cancer, il faut détruire d'abord à l'aide de caustiques toute la surface malade, il faut ensuite en provoquer la cicatrisation par des modificateurs plus ou moins énergiques.

Dans tous les cas, il faut mettre la malade en pronation sur les coudes et les genoux, puis se servir d'un spéculum-gouttière pour relever la paroi postérieure du vagin, on introduira dans le vagin un speculum de Fergusson dont le biseau découvre l'ulcère et en limite exactement l'étendue.

Alors s'il s'agit d'en détruire la surface, on en touche d'abord les anfractuosités à l'aide d'un pinceau avec du chlorure de zinc déliquescent, et on y applique une rondelle de sparadrap Canquoin, qu'on y retient plus ou moins de temps à l'aide d'un tampon de coton.

S'il n'y a plus qu'à faire tendre l'ulcère à la cicatrisation, on y porte facilement, vu sa position déclive et horizontale, par le fait de la posture donnée à la malade, les divers liquides ou les poudres de pansement. Ce sera le perchlorure de fer, la teinture d'iode, l'iodoforme, le chloral, le laudanum, etc.; mais bien préférablement la liqueur de Fowler ou le collyre de Lanfranc; ou bien préférablement encore la poudre arsénicale rouge de Rousselot ou de frère Côme, qu'il est facile de porter sur toute la surface de l'ulcère et de faire même pénétrer dans ces exca-

vations à l'aide de la curette de Récamier ou de toute autre petite cuiller ou spatule faite exprès.

M. le professeur Courty a eu ainsi de beaux résultats, il les expose avec sincérité. Son honorabilité est assez connue pour qu'on tienne compte de ce qu'il dit, de ce qu'il promet et de ce qu'il espère.

Les inflammations de la cavité prépéritonéale de Retzius, à propos d'une communication de M. le Dr Vallin à la Société médicale des hôpitaux (*séance du 28 octobre 1877*).

Disons d'abord ce qu'est la *cavité prépéritonéale de Retzius*. En 1856, Retzius, anatomiste suédois, présenta des considérations nouvelles sur la région hypogastrique à l'Académie de Stockholm. D'après Retzius, la vessie, à l'état de plénitude, serait située dans une cavité limitée en avant par le pubis et la face postérieure des muscles droits, et en arrière par une lame fibreuse qui double le péritoine et s'étend de la partie inférieure de l'aponévrose des muscles transverses à la partie postérieure de la vessie où elle se confond avec l'*aponévrose pelvienne*. Cette cavité, décrite sous le nom de cavité prépéritonéale de Retzius, loge la vessie et le tissu cellulaire péri-vésical. En se distendant, la vessie sépare les deux parois de la cavité qui s'adossent quand la vessie revient sur elle-même.

C'est dans cette région que se trouve la *ligne demi-circulaire de Douglas* dont la description si intéressante, du reste, que nous en donne M. Constantin Paul (*Bulletin de la Société anatomique*, 1862) nous paraît manquer de précision.

En somme, la cavité prépéritonéale de Retzius renferme la vessie et le tissu cellulaire péri-vésical qui se prolonge jusqu'au sommet de cette cavité, c'est-à-dire un peu au-dessous de l'ombilic.

M. Vallin a eu l'occasion d'observer chez un pharmacien une *inflammation aiguë primitive du tissu cellulaire de la cavité de Retzius*. Le 28 mai 1877, après une indigestion, le malade éprouva une douleur vive dans la région hypogastrique avec nausées, vomissements, douleur en urinant; l'urine était limpide et la douleur s'irradiait de la vessie à la région rectale. Le 3 juin, la fièvre était plus vive, les vomissements plus fréquents, il y avait diarrhée et incontinence fécale, dysurie. A la palpation on constatait l'existence d'une tumeur dans la région pubienne. On pratiqua le cathétérisme; la tumeur ne diminua pas. Le malade fut transporté à Necker, et M. Guyon diagnostiqua

un *phlegmon hypogastrique.* Il prescrivit le repos absolu et la glace sur l'abdomen.

Le facies était vert : il y avait fièvre vive, vomissements, mais la douleur locale avait un peu diminué. A la palpation on sentait parfaitement la tumeur sus-pubienne et par le toucher rectal on reconnaissait l'existence d'une tumeur volumineuse, tendue, remplissant le fond du petit bassin, répondant à la paroi inférieure de la vessie. Comme antécédents, le malade n'avait eu ni uréthrite, ni contusion, n'avait fait aucun excès vénérien. On prescrivit 15 sangsues à l'hypogastre et l'immobilité. Le lendemain il y avait un soulagement notable : les nausées seules persistaient.

Au bout de quelques jours, la tumeur diminua et le 2 juillet elle était guérie par résolution.

M. Vallin rapporte que M. Guyon a observé 5 cas analogues qui se sont terminés par résolution.

On peut se demander si ces abcès ne se sont pas vidés par la vessie et si le pus, expulsé avec l'urine, n'a pas passé inaperçu. On sait combien est fréquente l'ouverture des abcès de la fosse iliaque dans les organes du petit bassin chez la femme, et, d'un autre côté, personne n'ignore combien est rare la terminaison des abcès par *résolution.*

— Dans son travail M. C. Paul rapporte deux observations extraites des Archives de Virchow.

1° Un homme de 24 ans (1861) présente un ensemble de symptômes identiques, et inutiles à rapporter ici, dans le cours d'une fièvre typhoïde. Le 31 juillet, la paroi abdominale semblait soulevée par la vessie distendue. Le cathétérisme ne fit pas diminuer la tumeur. Mort le 8 septembre. On trouve la cavité de Retzius pleine de pus et communiquant par une ouverture avec la cavité péritonéale enflammée.

2° Le professeur Wenzel Gruber observe un deuxième cas analogue au précédent, Mêmes symptômes, même terminaison, mêmes lésions.

— En 1861, une jeune fille, service de M. Bouley, hôpital Necker, présentait à l'hypogastre une tumeur qui pourrait être prise pour une vessie distendue par l'urine. Le cathétérisme n'amena pas d'urine. Mort par péritonite.

4° En 1862, même service, abcès dans la même cavité de Retzius, simulant une vessie distendue. Cathétérisme négatif. M. Desormeaux ouvrit l'abcès sur la ligne médiane. Trois mois après la cavité rendait encore un pus fétide et le malade semblait devoir guérir.

Pour terminer nous ferons ressortir le côté pratique de notre article.

1° Les abcès de la cavité prépéritonéale de Retzius, abcès périvésicaux, forment une saillie qui simule la distension de la vessie.

2° Il faut tenir grand compte dans le diagnostic du résultat du cathétérisme et des troubles généraux.

3° Il faut ouvrir les abcès, sans trop tarder, par l'hypogastre, afin d'éviter leur rupture dans le péritoine.

Danger des opérations pratiquées au fond du vagin.

On ne saurait prendre trop de précautions lorsqu'on opère sur le col utérin. Il est certain que le plus léger traumatisme peut provoquer une péritonite. Des secousses un peu vives imprimées au col pendant une opération suffisent pour amener le développement d'une péritonite. Nous connaissons des services de chirurgie dont le chef ne permet pas, par crainte de péritonite, qu'on laisse un tampon, pendant un certain laps de temps, dans la cavité vaginale.

Le Journal médical des sciences de Dublin, fév. 1877, nous apprend que le Dr Atthill, voulant enlever le col de l'utérus à une malade qui portait un épithélioma du col, a enlevé, avec la chaîne de l'écraseur, non-seulement la tumeur et le col utérin, mais encore le cul-de-sac postérieur du vagin et le péritoine qui le recouvre. La malade est morte de péritonite trois jours après.

Traitement des anévrysmes de la main.

M. Després présente à la Société de Chirurgie (séance du 24 octobre une malade qu'il a guérie d'un anévrysme traumatique de la main par la *méthode ancienne*, c'est-à-dire par l'ouverture de la tumeur et la ligature de l'artère dans la plaie. Dans les cas d'anévrysmes de la paume de la main, faut-il avoir recours à la méthode ancienne comme le veut M. Després qui croit la compression digitale à peu près impuissante, ou bien vaut-il mieux avoir recours à cette dernière, comme nous le pensons et comme le pensent la plupart des membres de la Société de Chirurgie et des chirurgiens français et étrangers, sauf à recourir à la ligature en cas d'insuccès.

M. Trélat et M. Marjolin citent alors chacun un cas de guérison qu'ils ont obtenu par divers modes de compression. M. Lannelongue a guéri un anévrysme traumatique de la main par la compression digitale. Dans un autre cas il a été obligé de recourir à la méthode ancienne.

DIVERS

Topique contre l'eczéma. — De toutes les maladies de peau, l'eczéma est la plus fréquente, la plus rebelle, la plus sujette à récidive. Les pommades abondent, toutes se présentant avec un passé de beaux succès. M. le Dr Ch. Brame, de Tours, joint au traitement général un traitement local qu'il appelle obturateur, substitutif et antilytique : il repose principalement sur l'emploi du coaltar ou de plusieurs substances, qu'on en extrait, associées au cérat simple, à la craie et à la glycérine. Dans presque tous les cas, la craie et la glycérine entrent dans la confection du topique. Voici la préparation coaltarisée qu'il emploie le plus souvent :

Cérat simple............	100	grammes.
Glycérine..............	10	—
Craie lavée............	20	—
Coaltar................	8	—

M. S. A.

Après avoir étendu la préparation coaltarisée sur la peau, à l'aide d'un pinceau, on en enlève l'excès, avec du papier Joseph.

Puis on badigeonne avec de l'iodure argentine, à l'état naissant.

On supprime à peu près les bains, sauf les bains d'amidon, qu'on administre avec la plus grande discrétion, et les cataplasmes qu'on n'emploie que pour enlever la matière crustacée. Les cataplasmes de mie de pain, trempé dans l'eau tiède, non bouillie, sont préférables.

De son côté, le Dr Wattren, de Vienne, recommande la pommade suivante dans l'eczéma chronique :

℞ Axonge bien fraîche....	30 grammes.	
Glycérine.............. } Sous-acétate de plomb liquide.............. }	āā 8 à 13	—

Le tout doit être intimement mélangé.

Cette préparation produit d'excellents résultats dans le prurit des parties génitales et du pourtour de l'anus, dans l'herpès préputial et dans l'eczéma chronique avec suintement. On n'a pas à redouter l'intoxication saturnine, qui n'a jamais été observée.

Nous avons donné dans le nº 29 une formule dans laquelle la litharge remplace l'axonge.

Nous ajouterons que les topiques doivent être considérés comme peu efficaces dans le traitement des dermatoses.

Un cas de grossesse tubaire, par le Dr Albu. — Le Dr Albu rapporte dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, un cas de grossesse tubaire avec mort subite, simulant un empoisonnement. La femme fut prise tout à coup de vertiges, de malaises, de diarrhée. Il se déclara de violentes douleurs dans la région hypogastrique, suivies de syncopes répétées.

Jusqu'à ce jour, sa santé avait été parfaite. Les règles avaient cessé depuis deux mois. L'abdomen était très-sensible au toucher, ainsi que l'utérus. Comme elle vivait en concubinage, on pensa d'abord à un empoisonnement.

Peu de temps après la visite du médecin, elle tomba dans le collapsus et ne tarda pas à succomber.

L'autopsie révéla une rupture de la trompe de Fallope du côté gauche, point de départ de l'hémorrhagie. La membrane de l'œuf était aussi déchirée. L'ovaire fécondé était du volume d'une noix.

Le Dr Albu remarque que Maschka a déjà attiré l'attention sur les cas de grossesse tubaire qui simulent l'empoisonnement par la soudaineté des accidents, par la douleur abdominale, l'extrême faiblesse, les nausées, la pâleur des téguments, la petitesse du pouls, les collapsus, les crampes, les convulsions et la mort subite.

Heim, dans sa thèse sur les grossesses tubaires, en rapporte trente-deux cas dont seize observés par lui-même.

Rupture, pendant le coït, de l'urèthre enflammé. — Il est rare dans la blennorrhagie de voir les malades se rompre le canal en redressant l'arc par le coup de poing traditionnel. Ce qui est moins commun encore, c'est la rupture de l'urèthre dans le coït. M. le Dr Dron en a observé un cas dans les conditions suivantes, d'après *Lyon Médical* : Un jeune homme de vingt ans, était atteint depuis deux ans de blennorrhagie ; l'inflammation chronique de la muqueuse uréthrale, en se propageant aux tissus sous-jacents, les avait rendus moins extensibles et aussi moins résistants. La verge, courbée dans l'érection, formait un arc, dont le canal faisait la corde. Un jour que, dans un pareil état, il pratiquait le coït, il ressentit dans l'urèthre une violente douleur, suivie d'un écoulement de sang par le méat. Quelques heures après, il remarqua qu'il ne s'échappait que peu d'urine par l'orifice de la verge, et qu'en même temps son scrotum augmentait de volume. Pareille chose étant arrivée encore plus tard, le malade se décida à demander du secours. Quand M. Dron le vit, le scrotum avait acquis le développement de la tête d'un enfant de trois mois. La

peau y était tendue, violacée. La tuméfaction remontait vers les aines et gagnait la paroi abdominale. Le malade était dans un état de prostration considérable ; son pouls était petit, il avait des frissons et exhalait une odeur urineuse, M. Dron fit immédiatement sur le scrotum une large incision cruciale : une quantité considérable d'urine sanguinolente s'écoula. Une sonde fut introduite dans la vessie et laissée à demeure. L'infiltration de l'urine s'arrêta et les parties envahies par ce liquide se dégorgèrent peu à peu. Mais une grande partie du scrotum tomba en gangrène, et les testicules se montrèrent à nu au fond de la plaie. Un abcès se forma au-dessus de l'aine gauche, à la suite de l'infiltration de l'urine. Celle-ci, quand il n'y avait pas de sonde à demeure, s'échappait par une fistule située à 8 centimètres en arrière du méat.

Mais tous ces désordres se réparèrent. Les parties mortifiées éliminées, la peau ramenée de chaque côté et affrontée sur la ligne médiane par quelques points de suture, recouvrit les parties profondes. La malade, qui avait gardé longtemps la sonde à demeure, se sonda ensuite toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner. Dans ces conditions, la fistule se rétrécit progressivement et s'oblitéra avec l'aide de quelques cautérisations. Mais la cicatrice de cette fistule amena un rétrécissement, qui nécessita l'uréthrotomie interne.

Aphonie nerveuse guérie par le courant faradique. — Une jeune femme de vingt-quatre ans, nullement hystérique, mais ayant des mouvement choréiformes, est aphone depuis plusieurs années ; la voix apparait parfois, mais elle est voilée et se perd spontanément. Les deux réophores d'un appareil d'induction furent appliqués par M. Krishaber dans l'espace crico-thyroïdien et la voix apparut instantanément. La voix persista ainsi pendant plusieurs jours, mais elle se perdit ensuite de nouveau. Plusieurs jours se passèrent ainsi, le traitement produisant constamment les mêmes effets. Voulant alors expérimenter si l'agent physique pouvait avoir la même puissance par l'application éloignée du siége de l'affection, M. Krishaber, appliqua les deux réophores de l'appareil d'induction sur une main ; la voix apparaissait aussitôt et elle persistait comme les précédentes fois, plusieurs heures; le lendemain, le même procédé appliqué au pied produisit le même effet. Les séances furent renouvelées une vingtaine de fois, la voix persistant de plus en plus longtemps après chaque séance et la malade guérit complètement après des applications de plus en plus éloignées.

La rate est-elle un organe utile ? — Nous serions heureux de

voir enfin les physiologistes s'accorder sur le rôle et le degré d'utilité de cet organe. M. Schiff, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Genève, a communiqué le résumé de ses travaux aux membres du Congrès qui a été tenu dans cette ville.

D'après M. Shiff, l'*extirpation de la rate* n'a aucune influence durable sur la quantité absolue ou relative des *globules blancs* ou *rouges* du sang.

Dans les premiers temps, après l'opération, on voit une augmentation considérable des globules blancs avec ou sans diminution des globules rouges. Ces altérations ne dépendent pas de l'absence de la rate, mais seulement des actes opératoires que nécessite l'ablation de l'organe, et ces phénomènes restent à peu près les mêmes si les actes préparatoires ne sont pas suivis de l'ablation de la rate.

Après l'ablation de la rate, il ne se forme qu'exceptionnellement des gonflements dans les glandes lymphatiques, ou des augmentations de volume d'autres glandes. Les soi-disant rates supplémentaires manquent même si on a laissé vivre les animaux plus d'un an et demi et même si l'opération a été faite dans les premières semaines après la naissance.

Le gonflement des glandes mésentériques qu'on rencontre très-exceptionnellement chez les animaux dératés, paraît dû à une péritonite partielle prolongée qui quelquefois est la suite de l'opération.

La rate paraît augmenter de volume depuis la quatrième jusque vers la septième heure d'une digestion stomacale suffisante.

La rate, pendant la digestion, ou plutôt pendant l'absorption stomacale, prépare le ferment qui. entrant avec le sang dans le tissu du pancréas, transforme dans cette glande une substance spéciale (probablement albuminoïde) en *pancréatopepsine* ou trypsine, c'est-à-dire en une matière apte à digérer les corps albuminoïdes.

Après l'extirpation de la rate, le suc pancréatique perd son influence digestive sur les corps albuminoïdes, tout en conservant ses autres propriétés digestives. La digestion duodénale des albuminoïdes ne se distingue plus par son énergie et sa rapidité : elle est alors faible comme dans les autres parties de l'intestin grêle.

Après l'ablation de la rate, la substance destinée à former la pancréatopepsine s'accumule en grande partie dans le pancréas et peut encore être transformée en pancréatopepsine par les influences chimiques qui, après la mort, accompagnent le commencement de la putréfaction.

Après la destruction de ses nerfs, la rate reste flasque; elle ne

se gonfle plus et devient atrophique, comme en général les tissus érectiles dont les nerfs vasculaires sont paralysés.

BIBLIOGRAPHIE

Des glossites tertiaires (glossites scléreuses, glossites gommeuses). Leçons professées par le Dr Alfred Fournier, médecin de l'hôpital St-Louis, professeur agrégé de la Faculté, etc., rédigées et publiées par Hubert Buzot, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8, chez V.-A. Delahaye. Prix : 4 fr.

Les affections de la langue présentent de grandes difficultés de diagnostic et par conséquent réclament des praticiens une étude des plus sérieuses, d'un intérêt pratique considérable. Au reste, de nombreuses communications aux sociétés savantes, entre autres à la Société de chirurgie et à la Société médicale des hôpitaux ont appelé récemment sur ce point l'attention des médecins. Le livre que vient de publier M. le Dr Alfred Fournier apporte de nouveaux éléments à cette question, et sera d'un grand secours pour cette étude difficile. Nul n'était mieux placé d'ailleurs que l'auteur pour traiter des affections syphilitiques de la langue, tant à cause des circonstances spéciales dans lesquelles il se trouve, que par sa compétence incontestée en syphiliographie.

La syphilis, à sa troisième période, est essentiellement caractérisée par des hyperplasies de tissu, qui ne sont identiques ni comme évolutions, ni comme symptômes, ni comme terminaison, hyperplasies qui, une fois formées aboutissent fatalement à ces deux formes : la sclérose ou la gomme. D'où les deux divisions naturelles du livre : glossites scléreuses et glossites gommeuses. Entre ces deux variétés vient se placer une forme spéciale, tenant à l'une et à l'autre, et que M. Fournier décrit sous le nom de glossite scléro-gommeuse. Un parallèle est établi par l'auteur entre ces deux formes principales d'hyperplasies, les unes tendant à une organisation fixe, permanente, définitive ; les autres, composées sans doute d'éléments moins vivaces, tendant à se détruire presque aussitôt, et ne pouvant subsister dans l'organisme à l'état de tissus vivants, et, pour employer les expressions même du professeur, les unes persistant *in situ*, les autres mourant *in situ* ; voilà, dit-il, ce qui constitue la différence essentielle qui le sépare.

Un chapitre est consacré au diagnostic différentiel que l'auteur établit avec le chancre induré de la langue, le psoriasis lingual,

la glossite des fumeurs, la glossite dentaire, la glossite tuberculeuse, et enfin le cancroïde lingual. Rien, mieux que cette énumération, n'est plus propre à convaincre de l'intérêt pratique de ces glossites tertiaires, dont l'étude est facilitée, du reste, par cinq figures, en chromo-lithographie, reproduisant, d'après les pièces moulées par MM. Baretta et Jumelin, ces différentes modalités de la syphilis tertiaire de la langue.

Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes génitaux, par le Dr Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. 1 broch. in-8, chez V.-A. Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

Comme le dit l'auteur de ce mémoire, il est extrêmement rare que les lésions érosives ou ulcéreuses qui se développent sur les organes génitaux ne soient pas le produit d'un virus et le résultat d'une contagion. Les probabilités en sa faveur sont même si grandes, qu'on ne se tromperait peut-être pas une fois sur mille en restant dans les termes généraux de ce diagnostic étiologique. Cependant M. Mauriac a observé certaines ulcérations qui n'étaient ni syphilitiques ni chancreuses, malgré leur apparence, et dont il a pu suivre la marche assez longtemps parce qu'il ne restait aucun doute dans son esprit sur leur véritable nature.

La question est très-importante, on le comprend facilement et on doit remercier le savant médecin de l'hôpital du Midi d'avoir attiré l'attention des praticiens sur ces faits.

En dehors de l'herpès si fréquent et dont les récidives sont si communes, l'auteur étudie dans une série de leçons l'affection furonculo-acnéiforme du gland, l'affection gangréneuse ou anthracoïde du gland, les abcès non virulents du pénis et enfin la sclérose du gland. Cette dernière affection est consécutive le plus souvent, soit à un chancre infectant, soit à un chancre simple, soit à une balano-posthite.

La question du diagnostic différentiel est savamment développée par l'auteur et la lecture de ces quelques leçons pourra guider le praticien dans ces questions difficiles. Cependant il vaudrait certainement mieux attribuer à certaines lésions du pénis, un caractère de spécificité plutôt que de méconnaître leur véritable origine. On voit du reste avec quelles réserves M. Mauriac a traité question dans cet opuscule et par quelles suites d'observations, d'examens, il a été amener à regarder les malades qu'il avait sous les yeux comme atteints d'affections non virulentes. C'est dire que ce diagnostic différentiel est d'une grande difficulté parfois.

C.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine. Manifestation des étudiants. — Lundi dernier, les étudiants s'étaient donné rendez-vous au cours de M. le professeur Chauffard pour protester... Le professeur n'a pas insisté, il s'est retiré. Voici qui est tout à fait comique. Un groupe de six étudiants, à qui nous demandons pourquoi ils avaient fait du bruit au cours de M. Chauffard, nous a répondu : nous ne le savons pas, mais il y a si longtemps qu'on n'avait *fait du potin* à l'Ecole. Si les étudiants étaient préoccupés de leurs études, ils ne trouveraient pas le temps de s'amuser ainsi aux dépens de leur propre dignité.

Faculté de médecine de Paris. Les cours complémentaires. — M. le doyen de la Faculté, dit la *Gazette hebdomadaire*, a reçu de M. le ministre de l'instruction publique une lettre annonçant l'intention de surseoir, non de renoncer, à l'exécution de son arrêté; néanmoins il paraît qu'on va procéder à la nomination d'une commission mixte analogue à celle dont M. Chauffard a été rapporteur.

D'après un autre journal de médecine, la Gazette aurait été mal informée.

« Nos renseignements, sur ce point, dit-il, sont loin d'être concordants. Le doyen de la Faculté n'a reçu aucune lettre du ministre, mais il a reçu communication d'une sorte de mémoire adressé au vice-recteur de l'Académie de Paris, et dans lequel la protestation de la Faculté contre les arrêtés des 10 et 11 octobre dernier, protestation rédigée par M. le professeur Le Fort, se trouve contestée de point en point. M. le ministre terminait sa note en invitant M. le vice-recteur à faire exécuter purement et simplement les susdits arrêtés.

Cette communication faite en assemblée de la Faculté, y a suscité, comme on le pense, une vive agitation à laquelle M. le doyen a mis fin en levant la séance, et en déclarant qu'il ne restait plus qu'une chose à faire : *se soumettre* ».

Faculté de médecine. Les conférences. — Des conférences vont être instituées à la Faculté pour étendre l'enseignement de toutes les sciences médicales. La Faculté, qui tiendra conseil jeudi, doit nommer une commission qui sera chargée de s'occuper activement de cette question.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Bourgoin (Edme), agrégé, est nommé professeur de pharmacie galénique.

Ecole pratique. — Cours libres.

Voies urinaires. — M. le Dr Delefosse fera un cours public sur

les maladies des voies urinaires les mardis, jeudis et samedis à 3 h., à partir du 20 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3. — Les dimanches à 10 h. du matin, M. Delafosse exerce gratuitement à l'analyse des urines les docteurs en médecine qui s'inscrivent chez lui.

Pathologie interne. — M. le Dr Labadie-Lagrave fera un cours public sur les *maladies du cœur* les lundi et vendredi, à 3 h., dans l'amphithéâtre n° 2, à partir du 16 novembre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux commencera ce cours le 20 novembre, à 8 heures, amphithéâtre n° 1. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis.

Maladie des yeux. — M. le Dr Galezowski commencera son cours le 16 novembre à 8 heures, amphit. n° 2. Ce cours aura lieu les lundis et vendredis. — Chaque leçon sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

Hôpitaux. — Cliniques libres.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Gallard, reprendra ses cours de *Clinique médicale*, le 24 novembre 1877, à neuf heures. — Mardi et samedi : Leçons à l'amphithéâtre ; — jeudi : Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes. — Tous les matins : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire).

Les questions relatives à l'Hygiène et à la Médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.

Concours de l'externat. — Suite des questions d'anatomie : *artère fémorale* ; 8e, *muscles péroniers latéraux* ; 9e, *muscles de l'éminence thénar* ; 10e, *muscle trapèze* ; 11e, *os maxillaire supérieur* ; 12e, *côtes* ; 13e, *articulations de la clavicule.*

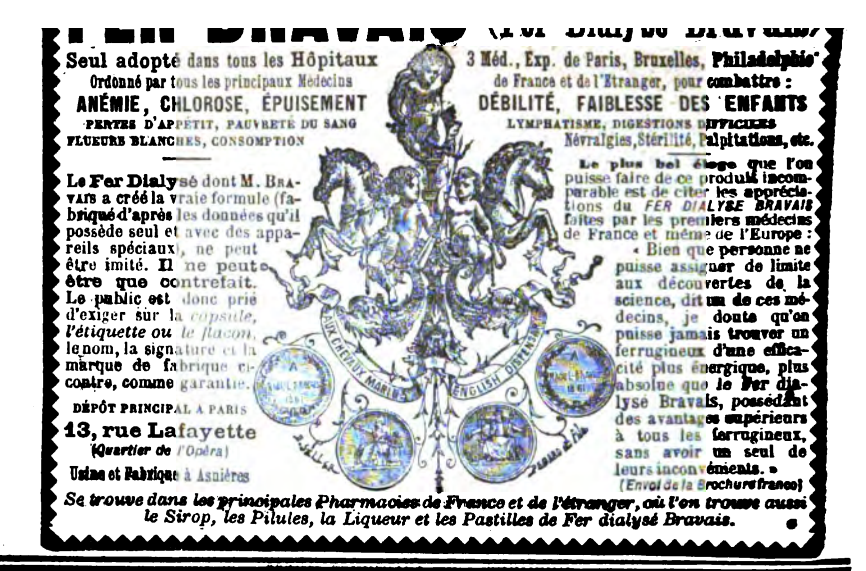
Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 8 novembre, on a constaté 982 décès dont 736 à domicile et 246 dans les hôpitaux, soit 217 de plus que la semaine précédente. Cependant aucune épidémie ne sévit en ce moment sur Paris.

Abonnés. — Les abonnements de *Paris médical* partant du 1er janvier, nous prions nos abonnés de songer au renouvellement d'ici au 1er janvier 1878 (Paris 8 fr. ; départements et étranger (union postale) 10 fr.)

A partir de ce jour, *Paris médical*, sera servi gratuitement jusqu'à la fin de l'année à tous nos nouveaux abonnés pour 1878.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.



POUGUES

Alcaline. — Ferrugineuse. — Reconstituante

Clinique de l'Hôtel-Dieu : « Les eaux de Pougues sont les seules qui combattent efficacement les altérations de la *digestion*, de la *sécrétion urinaire*, de la *perspiration cutanée*. Elles agissent en régularisant les *grandes fonctions qui constituent l'acte capital de la nutrition.* »

(TROUSSEAU.)

Formulaire Magistral : « L'eau de Pougues est très-agréable à boire. Elle rend de grands services dans la *glycosurie*, les *calculs urinaires*, l'*affection calculeuse* et *hépatique*. La constatation, par M. MIALHE, de l'*Iode*, explique leur remarquable efficacité contre la *scrofule*. »

(BOUCHARDAT.)

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le SIROP antiphlogistique de M. BRIANT, il ma
« paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit attendre.

« 28 novembre 1828.

Signé : Guersant.
Professeur à la Faculté de médecin et membre de l'Académie.

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.

KOUMYS-EDWARD

Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris.—Méd. d'Or, Paris 1875
Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

BIÈRE DE LAIT

Marque


déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt Cent... l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

Troisième année. N° 47. 22 Novembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 22 *Novembre* 1877.

Académie de médecine. (Séance du 13 novembre.) — L'Académie de médecine a reçu des lettres de candidature de MM. Grassi, Prunier et Maurice Raynaud, des communications relatives à l'allaitement artificiel par M. le Dr Caron et M. le Dr Boudard, un ouvrage de M. Lubanski sur la mortalité des nouveau-nés et l'infanticide, un mémoire de M. Masse, agrégé de Montpellier, présenté par M. J. Guérin : *Sur l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations*, mémoire envoyé pour le concours du prix Barbier, un petit volume de M. le Dr Laurent : *Des soins à donner aux bébés*, présenté par M. Chauffard, enfin une brochure : *Sur la métallothérapie*, par M. Burq, présentée par M. Bouley.

M. Gosselin donne lecture d'un rapport sur le prix Amussat et M. Broca lit un autre rapport sur le prix Rufz de Lavison. M. Lancereaux lit un travail sur *deux cas de diabète sucré avec altération du pancréas* qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Decaisne, en son nom et au nom de M. Pettenkofer (de Munich) donne ensuite lecture d'un travail fort intéressant sur la *théorie tellurique du choléra asiatique.*

Société de chirurgie. (Séance du 14 novembre.) — M. Heurtaux (de Nantes) envoie un mémoire sur le *phleg-*

mon sous-ombilical. Pour notre confrère, le phlegmon sous-ombilical est une inflammation qui se montre dans le cours d'une autre maladie et qui a pour siége la région située au-dessous de l'ombilic. Il se présente sous la forme d'une demi-ellipse située sur la ligne médiane dont la base affleure la courbe ombilicale et dont le sommet répond au pubis. Dans les cas subaigus, la forme de la tumeur et son siége peuvent faire croire à des affections non inflammatoires. Ce phlegmon paraît avoir pour siége un espace limité en avant par le muscle transverse, en arrière par le péritoine, et sur les côtés par l'accollement de ces deux feuillets.

Il s'agit évidemment d'inflammation du tissu cellulaire de la cavité de Retzius, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion du rapport qui sera fait sur ce mémoire.

M. Verneuil lit ensuite une observation intéressante qu'on trouvera plus loin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Messieurs,

Le malade que nous allons opérer est un homme de 57 ans, qui, il y a treize ans, vit se développer au-devant du pubis, sur la ligne médiane, une tumeur du volume d'un œuf pour laquelle il subit une première opération, puis une seconde, qui fut rendue nécessaire et pratiquée à l'aide d'un caustique, pour une récidive qui se produisit six ans après. A cette époque, au dire du malade, il sortit de la plaie plusieurs séquestres.

Il y a quelques mois une nouvelle récidive eut lieu, et s'annonça par la production d'un petit noyau sur le trajet du cordon spermatique.

Aujourd'hui vous pouvez constater la présence d'une tumeur de consistance assez ferme, allongée, située sur le trajet du cordon spermatique, s'étendant de l'orifice externe du canal inguinal jusque dans le scrotum, du côté gauche, et du volume d'un œuf de poule.

Les testicules sont normaux et le testicule gauche est absolument indépendant. La tumeur, en apparence, ne paraît pas être en rapport avec le pubis, qui est couvert de cicatrices, résultant des opérations antérieures.

Quel est le siége exact et le point de départ de la maladie? Y a-t-il un lien d'origine entre l'affection actuelle et celles qui ont déjà nécessité deux opérations?

La tumeur peut avoir son point de départ dans les éléments du cordon. Or, le canal déférent est soulevé, mais absolument indépendant, de même que les vaisseaux.

Nous pouvons encore éliminer le tissu cellulaire qui unit ces différents éléments, car le canal déférent et les vaisseaux sont en paquet, au lieu d'être séparés et dissociés, comme il arriverait le tissu cellulaire était le siége de la production morbide.

C'est évidemment sur le dartos que se trouve le siége exact et le point de départ de la maladie. Au niveau de l'insertion des corps caverneux il est facile de constater l'adhérence de la tumeur, qui semble se confondre avec eux.

S'agit-il d'une tumeur des corps caverneux? C'est difficile à admettre, si l'on tient compte de ces deux faits, que deux fois déjà une tumeur analogue s'est produite, et, d'autre part, que les corps caverneux ne sont guère le siége que de tumeurs inflammatoires.

Le périoste, au contraire, est souvent l'origine de productions pathologiques, c'est là que doit être le point de départ de la tumeur, puisque le pubis est encore intact. En général, les tumeurs du périoste sont de mauvaise nature, ce sont le plus souvent des tumeurs sarcomateuses ou fibro-plastiques.

Ce pourrait être une tumeur à myéloplaxe. Cependant l'âge du malade s'oppose, jusqu'à un certain point, à ce qu'on admette ce diagnostic.

Nous nous arrêterons au diagnostic : *tumeur fibro-plastique* ayant son origine dans le périoste du pubis.

Opération. — Incision le long de la tumeur, énucléation facile, peu de vaisseaux. M. Péan place une seule pince hémostatique. Le point d'adhérence au périoste est facilement détruit. Le diagnostic se trouve confirmé.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Traitement par le salicylate de soude. Doses à prescrire dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, dans la goutte et les névralgies.

Le salicylate de soude doit toujours être préféré à l'acide salicylique, qu'on a d'abord employé en raison du bon marché comparatif de cette substance, et qui présente les inconvénients suivants : il n'est pas soluble dans l'eau, mais seulement dans l'alcool et la glycérine. Il est doué d'une saveur âcre, irritante,

et de propriétés caustiques qui ne sont pas sans danger pour la muqueuse digestive. Quand on prescrira l'acide salycilique, il faut donc le dissoudre à l'aide du bi-carbonate de soude, du phosphate de soude ou encore de l'eau de Vichy.

Les doses d'acide salicylique maxima sont de 5 à 6 grammes par jour; la quantité de bi-carbonate de soude nécessaire pour saturer 1 gramme d'acide salicylique est de 1 gr. 11.

Le salicylate de soude, au contraire, est soluble en toute proportion dans l'eau, et il est dépourvu de toute saveur caustique.

Les règles indispensables à son administration et qui ont une importance capitale, sont les suivantes :

1° *On n'obtient aucun effet thérapeutique au-dessous de 4 à 5 gr. C'est donc la dose minimum à prescrire.*

Dans les *maladies aiguës* on pourra aller jusqu'à 10 ou 12 gr. dans la journée.

2° Cette dose étant administrée, il importe de ne pas cesser brusquement l'emploi du médicament, mais de le diminuer graduellement quand les symptômes qui ont nécessité son administration ont cessé.

3° Le salicylate de soude devra être dissous dans une quantité d'eau assez grande (ainsi : 300 gr. pour 10 gr., et on devra le faire prendre par cuillerées à bouche, *à intervalles égaux*, dans la journée. De plus, chaque cuillerée de la solution sera administrée dans un verre d'eau pure ou alcoolisée.

4° Il convient, quand cette substance doit être longtemps administrée, de la faire prendre *au moment des repas.*

Formules :

1° Salicylate de soude.... 6 à 10 grammes.
Eau.................. 300 —

A prendre par cuillerées à bouche.

Quelques praticiens emploient la formule suivante :

2° Salicylate de soude.... 6 à 10 grammes.
Julep diacodé......... 150 —

Précautions à prendre. — Malgré son manque de saveur, il arrive quelquefois que les malades se dégoûtent très-rapidement du salicylate de soude; il peut même se produire des nausées qui compromettent la réussite de la médication. C'est pourquoi on devra éviter les véhicules qui peuvent augmenter encore la répugnance du malade.

On devra alors administrer le médicament de préférence dans l'eau de Vichy ou dans de l'eau de Seltz, ou encore faire prendre une cuillerée d'eau-de-vie après l'ingestion du médicament (G. Sée).

D'autres médecins ont recours à l'*eau de laurier-cerise* (Hérard) et au *cassis*, qui est très-employé à l'Hôtel-Dieu et qui donne de très-bons résultats.

Enfin, on peut donner le salicylate de soude dans les cachets médicamenteux de Limousin, mais, dans ce dernier cas, il faut avoir grand soin de faire boire une certaine quantité d'eau, ou d'eau légèrement alcoolisée.

A. *Le salicylate dans le rhumatisme articulaire aigu.* — La dose doit être de 8 à 10 grammes, quelquefois même de 12 grammes par jour, continuée jusqu'à cessation des douleurs et de la fluxion articulaire; puis elle sera diminuée chaque jour, pendant environ huit jours. C'est le seul moyen d'éviter les récidives.

B. *Dans le rhumatisme articulaire subaigu.* — La dose peut être moins forte, mais jamais moindre de 5 à 6 grammes.

Dans cette forme du rhumatisme, il faut prendre les plus grandes précautions pour faire supporter le médicament, son usage devant être continué pendant un certain temps.

C. *Dans la goutte aiguë.* — La dose est la même que dans le rhumatisme articulaire aigu. M. Germain Sée formule ainsi :

℞	Salicylate de soude.......	8 grammes.
	Eau.....................	300 —

F. s. a. une solution dont on prendra 4 cuillerées par jour.

Après la cessation de la douleur on diminue d'une cuillerée; pendant huit à quinze jours on continue 3 cuillerées, puis 2.

D. *Dans la goutte chronique.* — M. G. Sée emploie la même solution, à 3 cuillerées par jour, sans les dépasser, jusqu'à ce que les engorgements aient diminué et que les douleurs aient cessé, puis à 2 cuillerées pendant un temps indéterminé. *On évite ainsi, presque à coup sûr, les récidives.*

E. *Dans les névralgies* et contre les *douleurs fulgurantes de l'ataxie*, c'est à ces doses, comparativement réduites, qu'on devra d'abord s'adresser, mais on les augmentera si l'effet du médicament ne se fait pas sentir. Le Dr Bouchard a vu de très-heureux résultats avec 10 grammes par jour dans l'ataxie.

Rappelons que dans la *fièvre typhoïde* M. Gueneau de Mussy, s'adressant uniquement aux propriétés antizymotiques du salicylate de soude, le prescrit à la dose de 2 à 3 grammes dissous dans de la tisane.

Si, dans cette maladie, on veut employer le salicylate de soude comme *antipyrétique*, il faut aller jusqu'à 8 ou 10 grammes.

Dans la *diphthérie*, l'acide salicylique a été employé à la dose de 0,10 centigrammes toutes les deux heures à l'intérieur, et en gargarismes associé au sirop de mûres.

Chez les enfants, d'une manière générale, les doses doivent être *moitié moindre* que chez l'adulte.

Contre-indications. — La principale contre-indication des préparations salicylées est l'état pathologique des reins, si fréquent dans la goutte. Aussi, le praticien devra-t-il toujours examiner l'urine avant de prescrire le médicament.

Enfin, dans les grandes phlegmasies, telles que la pneumonie, on devra craindre la dépression des forces, le collapsus. La phthisie pulmonaire est aussi une contre-indication à son emploi.

Plaie de l'avant-bras; anomalie de la cubitale; ligature. — Observation communiquée par M. Verneuil, à la Société de chirurgie (séance du 14 novembre 1877).

Un individu robuste avait reçu un coup de scie circulaire à la partie moyenne de l'avant-bras, à la réunion du côté interne et de la surface antérieure: une grande hémorrhagie s'en suivit. Le malade fut transporté chez un pharmacien, qui tamponna la plaie avec de la charpie. Il fut transporté ensuite dans mon service, et là, ayant constaté par la situation de la plaie une blessure de l'artère cubitale, je me préparai à faire la ligature. Le malade fut endormi. J'appliquai l'appareil d'Esmark, pour faciliter la recherche des deux bouts de l'artère. Je la cherchai, comme à l'ordinaire, dans le premier interstice musculaire, mais sans la trouver. Le nerf cubital était intact. Je pensais déjà aller la chercher dans un autre interstice, lorsqu'un de mes internes qui avait fait la compression, fit la remarque qu'en lâchant la compression il avait vu sortir un gros jet de sang de la peau. Alors, songeant que peut-être l'artère était sous-cutanée, je la cherchai dans le tissu cellulaire sous-cutané, je la trouvai et la liai.

Dans ce cas, l'appareil d'Esmarh a été défavorable, parce qu'il cachait la source de l'hémorrhagie, comme cela arrive lorsque le système artériel présente des anomalies. Mon erreur de diagnostic avait été provoquée aussi par un défaut d'examen; en effet, dans l'état ordinaire, lorsque l'artère est coupée, le nerf cubital aussi l'est nécessairement. Par conséquent, la sensibilité à la partie interne de la peau est éteinte, et si j'avais eu la précaution d'examiner la sensibilité à la partie interne du bras, j'aurais pu constater que le nerf cubital n'était pas blessé, et, par conséquent, j'aurais pu en déduire, avant l'opération, que l'artère cubitale présentait une anomalie.

L'empoisonnement par les opiacés en général et le laudanum en particulier.

Il est fort regrettable que le traitement des empoisonnements ne soient pas plus connu ; en le vulgarisant on rendrait un véritable service et on aménerait peut-être aussi les feuilles periodiques non scientifiques à répandre ces connaissances dans toutes les classes de la Société.

En présence d'un cas d'empoissonnement par le laudanum, trois indications principales se présentent :

1° Tenter de s'opposer à l'absorptiòn du poison et l'éliminer rapidement s'il en est temps encore :

2° Le neutraliser par des antidotes appropriés en se basant sur la connaissance des propriétés chimiques des opiacés ;

3° Enfin combattre les symptômes de l'empoisonnement.

Examinons brièvement ces trois points ;

1° *Elimination du poison.* — La première chose à faire est d'administrer un vomitif, le tartre stibié, par exemple, ou le sulfate de zinc (0 gr. 50 à 1 gr.) préconisé par les médecins anglais: L'un d'eux, Wood, conseille, afin d'activer la réaction du système nerveux, des affusions d'eau froide sur la tête.

Dans l'administration du vomitif, il importe de bien saisir la question d'opportunité. Il peut arriver, en effet, que l'estomac ne réagisse plus et que l'action du vomitif vienne encore aggraver l'état du malade. Aussi faut-il avoir recours à un moyen dont l'action est très-puissante dans beaucoup de dyspepsies et dont l'emploi à rendu de grands services dans les cas d'empoisonnement. Il s'agit de l'emploi de la pompe stomacale. Grâce à ce procédé, on peut non-seulement introduire les liquides qui lavent pour ainsi dire la surface interne de l'estomac, mais encore faire ingérer au patient des substances pour neutraliser le poison ou combattre son action. Nous ne saurions trop insister sur cette manœuvre et la recommander aux praticiens.

On administre aussi des lavements purgatifs qui faciliteront l'élimination du poison par la voie intestinale.

2° *Neutraliser le poison.* — On a cité et on préconise comme antidotes de l'opium, l'iode (dissous dans une solution d'iodure de potassium: iode: 20 à 50 cent., iodure de potassium 1 à 2 gr., eau, 500 gr.), les substances qui contiennent du tannin et surtout les infusions de café légérement torréfié.

3° *Combattre les symptômes de l'empoisonnement.* — Nous avons

dit que la résolution musculaire et nerveuse étaient les principaux effets du poison, se traduisant par de la somnolence ou du coma, c'est donc à toutes les substances excitantes qu'il faut recourir et, au premier rang, il faut placer le café en infusion à très-haute dose. Il a le double avantage d'agir par le tannin et par les alcaloïdes (caféine et caféone) qu'il contient, en même temps que la diurèse est augmentée par la proportion d'eau dans laquelle il est administré. On forcera le malade à se mouvoir, à marcher; en un mot on combattra par tous les moyens possibles la tendance mortelle au sommeil. On appellera brusquement le malade; des aspersions d'eau froide et des flagellations seront renouvelées fréquemment.

Dans les cas plus graves, quand les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires sont compromis, on pourra employer les *courants ascendants* qui les réveilleront comme dans l'intoxication par le chloroforme, et dans le même but on peut essayer en dernier ressort la faradisation du nerf phrénique. Mais la respiration artificielle est à coup sûr un moyen moins dangereux et plus pratique qu'on mettra en usage avec grand profit.

La circulation périphérique devra être excitée par tous les révulsifs possibles tels que sinapismes, frictions, etc.

Enfin, on a essayé parfois avec succès l'alcool et les saignées. Ce sont là, nous le pensons, des moyens qui peuvent avoir quelquefois leur utilité et qui pourront rendre des services dans des cas bien déterminés, mais qui exigent une grande prudence dans leur administration.

Quelques médecins avaient cru trouver dans la belladone un antidote de l'opium, se basant sur leur antagonisme physiologique. Mais les expériences de Camus et de Denis ont montré que la mort survenait plus vite chez les animaux auxquels on administrait simultanément les deux substances. Enfin Camus a cité un cas où la mort survint après l'administration de la belladone, à petite dose, à côté d'une série de cas traités par l'alcool, les saignées, le café, les vomitifs qui se terminèrent par la guérison.

Un mot encore. Les médicaments appropriés étant administrés, nous insistons encore une fois sur les excitations naturelles. Il faut, par dessous tout, empêcher le malade de dormir. Nous avons toujours sous les yeux deux cas d'empoisonnement; dans l'un, une injection sous-cutanée d'un trop forte dose de morphine, avait presque foudroyé le malade; dans l'autre, ce n'était plus l'opium qui était en cause, mais, le tabac, le malade avait été guéri d'une hernie étranglée par un lavement de forte décoction de tabac à fumer. Ces deux cas étaient extrêmement graves. Ils

guérirent tous les deux par le café, mais surtout par tous les moyens qui furent inventés pour empêcher les malades de dormir et les faire marcher, jusqu'à ce que l'élimination du poison put se faire par les sécrétions. Le premier de ces malades fut mené dans les jardins de l'hôpital Saint-Louis par trois infirmiers qui le flagellèrent et le traînèrent de force pendant trois heures consécutives.

Traitement local des écoulements de l'oreille.

Les écoulements produits par l'otorrhée externe sont très-fréquents chez les sujets lymphatiques et scrofuleux. Observés dans certaines circonstances ces écoulements peuvent être l'origine ou un symptôme de lésions profondes et dont la gravité est connue. Il est donc nécessaire de tarir les écoulements de cette nature. Le Dr Ory publie les diverses formules suivantes dans la *France médicale*. Pour notre compte, nous aimerions mieux moins de formules (plusieurs se ressemblent) et plus d'indications thérapeutiques. Nous désirerions que notre confrère indiquât d'une manière plus précise dans quelles circonstances, à quelles périodes, etc., on a recours à telle ou telle substance employée. Les formules sont bonnes assurément, ce sont de bonnes armes contre les maladies, mais *il faut savoir s'en servir*. Il est fâcheux de voir la plupart des journaux de médecine prendre la déplorable habitude de servir un tas de formules, de recettes plus ou moins employées, et cela sans aucune espèce d'indications.

Bouchut et Desprès conseillent les injections chaudes avec : tannin, 1 gr.; eau ou glycérine, 250 gr.

Triquet indique des injections avec : alun, 15 gr.; eau, 100 gr.

Si l'écoulement a une odeur fétide on peut faire usage de la solution suivante : acide phénique, 1 gr.; eau ou glycérine, 100 gr., ou bien d'une solution au chloral au 100e.

En général, il faut avoir soin de ne pas faire ces injections avec un jet trop fort.

On peut conseiller aussi de toucher les parties malades avec un pinceau trempé dans la solution suivante : tannin, 1 gr.; gomme, 2 gr.; eau, 5 gr.

Triquet indique aussi l'introduction de tampons imbibés avec : tannin, 1 gr.; glycérolé d'amidon, 5 gr.

Dans l'otorrhée scrofuleuse, après avoir fait des injections avec de l'eau de guimauve tiède, on placera avec avantage dans l'oreille, pendant la nuit, un peu de ouate imbibée de : huile de lin, 10 gr.; laudanum, 1 gr. Le matin on introduira un peu du

mélange suivant dans le conduit auditif: glycérine, 10 gr.; précipité blanc, 1 gr.

Smith a proposé : baume du Pérou, 4 gr.; fiel de bœuf, 12 gr.

Bouchut indique des insufflations, matin et soir, dans l'oreille au moyen d'un tuyau de plume avec du sous-nitrate de bismuth.

Bonnafont prescrit contre l'otorrhée cette poudre caustique en insufflation : azotate d'argent, talc, lycopode, parties égales.

Trousseau, dans le but de combattre la douleur, faisait introduire dans l'oreille : extrait de belladone, 1 gr.; eau, 1 gr.; baume tranquille, 5 gr.

Ménière, contre l'otorrhée chronique, prescrivait de faire frictionner l'intérieur du conduit auditif avec : proto-iodure de mercure, 1 gr.; chlorhydrate de morphine, 0 gr. 2 ; pommade de concombre, 20 gr.

Après avoir indiqué toutes ces formules, nous ajouterons, ce que tout lecteur a déjà fait mentalement sans doute, que les malades affectés d'otorrhée externe doivent être soumis à un traitement général approprié à la maladie dont l'otorrhée est souvent un symptôme.

Plusieurs cas de tétanos guéris par un nouveau traitement, par le Dr DE RENZI, professeur de clinique médicale à l'Université de Gênes.

Le savant professeur de Gênes a été amené à adopter ce nouveau mode de traitement après avoir soigneusement étudié les phénomènes que présentent les grenouilles empoisonnées par la strychnine. Tous les médecins savent que la strychnine produit des contractions spasmodiques, tellement identiques à celles du tétanos, qu'on leur donne le nom de *tétanos strychnique.*

M. de Renzi a remarqué : 1° que le tétanos est moins intense sur les grenouilles conservées dans l'obscurité ; 2° que les secousses de tétanos se montrent moins intenses et moins rapides sur les animaux qu'on laisse à l'état de repos ; 3° que l'excitation est beaucoup moins marquée dans l'obscurité ; 4° que des grenouilles empoisonnées avec la même dose de strychnine peuvent guérir si on les laisse dans un repos parfait ou mourir infailliblement si on les agite, si on les secoue brusquement.

M. de Renzi a pensé qu'on pourrait améliorer, guérir peut-être, les malades affectés de tétanos en les plaçant dans l'obscurité et en leur faisant observer le repos le plus absolu. Il a obtenu des résultats favorables sur trois malades.

Le premier, traité en 1873, exclusivement par le repos absolu, dans la clinique de Gênes, est complètement guéri.

Le deuxième est guéri de la même manière.

Le troisième, traité en 1876, est également guéri sans qu'on ait eu recours à aucun autre moyen de traitement.

Nous félicitons notre ami, M. de Renzi, de ses excellents résultats et nous engageons les praticiens à suivre les préceptes du savant clinicien que nous résumons ci-après. Cependant, nous ajouterons que dans sa communication à la *Gazette médicale*, M. de Renzi ne nous dit pas si les cas de tétanos qu'il a eu à traiter étaient des tétanos à marche rapide ou à marche lente. On sait que ces derniers guérissent assez souvent par le chloral, etc.

Voici, d'après M. de Renzi, la manière dont on doit procéder en présence d'un individu atteint de tétanos :

1° Enfermer le malade dans une chambre parfaitement obscure en faisant ouvrir, très-doucement, la porte de quatre en quatre heures pour donner les aliments et les boissons;

2° Oblitérer le conduit auditif externe avec de la cire et recommander au malade de rester aussi tranquille qu'il lui sera possible;

3° Toutes les heures lui donner, à l'aide d'un vase à bec, du bouillon, un œuf et deux cuillerées de vin blanc. Pour boisson, de l'eau avec une très-petite quantité de vin;

4° Pour apaiser les douleurs, donner un peu de poudre de belladone et de seigle ergoté;

5° Mettre un tapis sur le parquet de la chambre.

— Nous avouons ne pas bien comprendre l'emploi du seigle ergoté et nous aurions aimé à voir notre confrère préciser la dose de belladone. Quoi qu'il en soit, le repos absolu nous paraît être un moyen logique dont il faut faire l'essai.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de Thérapeutique du professeur A. Gubler, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et rédigées par le Dr F. Leblanc, 1 vol. in-8, chez A.-V. Delahaye. Prix : broché, 10 fr.; cartonné, 11 fr.

Un des élèves les plus distingués du professeur Gubler, aujourd'hui préparateur du cours de thérapeutique de la Faculté, a eu l'heureuse idée de réunir les leçons de son maître en un substantiel volume, comprenant la matière de deux semestres d'enseignement.

Les premières leçons sont consacrées au rôle de la thérapeu-

tique, selon la science actuelle. Le professeur y combat la doctrine des spécifiques, qui a désormais fait son temps, et y donne pour la première fois, la classification qu'il adopte. La classification physiologique est certainement la meilleure au point de vue théorique et la plus rationnelle, mais il faut reconnaître qu'elle ne répond pas aux exigences de la clinique. En effet, elle expose le médecin à perdre de vue ce fait si important, à savoir que souvent les substances les plus disparates peuvent arriver au même but thérapeutique dans des cas en apparence analogues bien que leurs effets physiologiques soient totalement différents.

Aussi, c'est en se basant sur les symptômes morbides que M. Gubler fonde sa classification; il traite non plus des médicaments en particulier, mais bien des *médications* : « Une médica- « tion, dit-il, est un ensemble de moyens destinés à triompher « d'un ensemble de symptômes, c'est-à-dire d'un syndrôme. » Ce nouvel ouvrage complète donc d'une façon très-heureuse les commentaires thérapeutiques du Codex, où les médicaments sont étudiés par ordre alphabétique. C'était une étude de détail, aujourd'hui c'est une étude d'ensemble appelée à rendre de grands services aux praticiens.

M. Gubler a consacré ses premières leçons à la médication reconstituante, parce qu'elle se rapproche le plus de l'hygiène. Nous signalerons l'étude des préparations martiales, très-complète et très-pratique, puis celle des médicaments dits *dynamophores*. Ce sont les substances, telles que la quinine, l'alcool, etc., qui sont capables de céder à l'organisme, après avoir été absorbées, la force latente qu'elles contiennent.

Les leçons suivantes sont consacrées à la médication hypnotique, avec étude très-intéressante du sommeil, à la médication aphrodisiaque, à la médication anti-aphrodisiaque, à la médication emménagogue, à la médication antiseptique et enfin à la médication antiphlogistique, qui, à elle seule et en raison de son importance, occupe jusque la moitié du volume, c'est-à-dire six mois de cours. Un tableau résume l'arsenal thérapeutique que le médecin peut opposer à l'inflammation et à ses diverses modalités.

C.

De l'intervention chirurgicale dans les luxations du cou-de-pied, par le Dr Georges Poinsot, ex-chef-interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, de la Société de chirurgie et de l'Académie des sciences et belles-lettres de Bordeaux. 1 vol. in-8°, chez V. A. Delahaye. Prix : 7 fr.

Notre confrère de la *Province médicale*, M. le Dr G. Poinsot, vient de publier le mémoire auquel la Société de chirurgie a dé-

cerné l'année dernière le prix *Laborie*. Sans nul doute le jugement du public médical ratifiera celui de la docte Société, nous sommes heureux de le prédire, car l'auteur est certainement un des plus sympathiques élèves de l'école de Bordeaux, et probablement un de ses futurs professeurs, nous le souhaitons du moins bien sincèrement.

Le rôle de l'intervention chirurgicale dans les luxations compliquées du cou-de-pied a donné lieu à beaucoup de controverses depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours. Cette partie historique de la question a été traitée avec beaucoup d'érudition par le chirurgien de Bordeaux, très au courant d'ailleurs de la littérature étrangère, et qui grâce à sa position de chef interne à l'hôpital St-André a pu, en outre, recueillir de nombreuses observations sur ce sujet.

Sous le nom de luxation du cou-de-pied, M, Poinsot, adoptant la division anatomo-chirurgicale de Blandin et de Malgaigne, comprend non-seulement les luxations tibio-tarsiennes, mais encore les déplacements proprement dits de l'astragale.

Parmi les moyens dont dispose la chirurgie conservatrice, appliquée aux traumatismes du cou-de-pied, M. le Dr Poinsot, en s'appuyant sur sa statistique personnelle et sur les observations de ses devanciers, arrive à conclure que c'est à la réduction qu'il faut donner la préférence, dans les lésions de l'astragale et même dans les luxations tibio-tarsiennes, la résection immédiate pouvant seule lui être comparée dans ce dernier cas.

Ce travail, qui par son importance pratique, mérite de fixer l'attention des chirurgiens fait le plus grand honneur à son auteur. C.

De la Syphilose pharyngo-nasale, par le Dr Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8, chez V.-A. Delahaye. Prix : 4 fr.

Sous le nom de syphilose pharyngo-nasale, M. le Dr Mauriac étudie les lésions tertiaires du pharynx et des cavités nasales. Ce livre contient sept leçons professées à l'hôpital du Midi, et que l'auteur a réunies comme les précédentes pour le plus grand profit des élèves et des médecins.

L'extrême fréquence des lésions syphilitiques du nez et du pharynx est telle que M. Mauriac a pu réunir en quelques années les éléments de ce travail.

Les trois premières leçons comprennent l'exposition et l'analyse détaillée des faits, c'est comme le dit l'auteur la partie fondamentale du livre. A l'aide de ses observations personnelles, il

DE L'ASTHME ET DU CATARRHE, par le Dr MONOR. — En vente chez Dentu, prix : 1 fr., et chez l'auteur, 168, faubourg Saint-Honoré.

Tout n'a pas été dit sur l'asthme malgré les grands travaux des professeurs Germain Sée et Bouillaud. Le Dr Monor, dans son petit ouvrage, ne discute pas l'existence des asthmes essentiels ou symptomatiques, il se contente de compiler les opinions si nombreuses et si diverses émises au sujet de cette affection par les Cullen, les Robert Bric, etc., jusqu'aux Thioucier de nos jours. Ce petit volume peut donc servir aux étudiants et aux praticiens de Memento et de Manuel.

La seconde partie de l'ouvrage du Dr Monor consiste en de nombreuses observations faites par lui dans son cabinet, s'appuyant sur les cas de guérison ou d'amélioration qu'il a su procurer à ses malades, grâce à son système qu'il ne fait qu'indiquer, mais que nous comprenons assez pour le trouver rationnel.

Réussit-il toujours? Il avoue certains cas d'insuccès ou de demi-succès, mais sa méthode semble donner des résultats inespérés dans la majorité des cas. Tous les traitements connus jusqu'à ce jour n'ont pas produits d'aussi heureux effets.

Le Dr Monor fait suivre son exposé médical d'un Questionnaire auquel doivent répondre les malades qui désirent être traités par correspondance. Dans ce Questionnaire il passe en revue tous les symptômes si divers de l'asthme, de façon à pouvoir établir un diagnostic exact par les réponses mêmes des intéressés.

Dr HAIRE.

Troisième année. N° 48. 29 Novembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Avant d'entrer dans la quatrième année de son existence, Paris médical *tient à remercier ses lecteurs de l'intérêt bienveillant avec lequel ils ont continué à accueillir sa publication.*

Une publication médicale périodique doit avoir un programme et poursuivre le triomphe de ses idées. D'autres, plus habiles peut-être, pensent qu'un journal de médecine ne saurait exister sans reproduire des cours entiers, sans servir à leurs lecteurs dans chaque numéro une longue observation recueillie à l'hôpital depuis A jusqu'à Z, ou bien encore sans rendre compte des séances d'une Société savante jusque dans ses moindres détails, ordinairement peu intéressants pour le lecteur. Notre but, que nous avons plusieurs fois affirmé, est de chercher à lutter contre l'esprit de scepticisme qui règne parmi les médecins et à inoculer, pour ainsi dire, aux jeunes apprentis de la profession, le désir de connaître les vérités de la thérapeutique. *Chacun des numéros de ce journal renferme des articles d'un grand intérêt pratique; tout médicament nouveau, tout traitement récemment préconisé y trouvent une place importante. La prospérité de* Paris médical *est là pour appuyer nos idées et nous prouver quelles ont trouvé de l'écho en France et à l'étranger.*

LA RÉDACTION.

Paris, 29 *Novembre* 1877.

Académie de médecine (séance du 20 novembre). Cette séance à été très-courte et à peu près dépourvue d'intérêt pratique. Tout s'est passé en rapports de prix et en lectures en comité secret. Il paraît que M. Riche, professeur à l'Ecole de pharmacie, a été porté en première ligne pour la place vacante dans la section de pharmacie.

Entre autres communications importantes, l'Académie a reçu de M. Péan une brochure intitulée : *Dn pineement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Hernies irréductibles. Leur traitement par les injections sous-cutanées de morphine, par le Dr Philippe, de Saint-Mandé.

Obs. I. — *Hernie inguinale gauche.* — Le nommé L..., âgé de 15 ans, garçon boucher à Saint-Mandé, est atteint de hernie inguinale depuis un an.

Le 11 juillet 1876, le malade voit sa hernie reparaître; il avait négligé d'appliquer son bandage ce jour-là.

Nous sommes appelé uue heure après l'accident. La tumeur a la grosseur d'une pomme : elle est rouge, tendue, très-sensible au toucher, occupant le scrotum et contenant les intestins.

Le malade se plaint de vives coliques; il y a de la prostration ; le pouls est vif et plein.

Nous faisons des tentatives de taxis pendant vingt minutes environ sans rien obtenir. Nous administrons immédiatement une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine au 40e (0 gr. 50 de ce sel pour 20 gr. 0 d'eau de laurier-cerise), la seringue contenant 10 gouttes de la solution, à la région interne et supérieure de la cuisse correspondante au côté hernié.

Au bout de quelques minutes, les douleurs abdominales sont calmées, ainsi que la sensibilité de la tumeur; celle-ci est moins dure ; l'affaissement général est modifié.

Nous renouvelons inutilement les efforts de réduction pendant dix minutes.

Nous pratiquons une seconde injection à la même dose (10 gouttes) au voisinage de la première.

La hernie s'affaisse et perd presque totalement sa sensibilité; les coliques ont disparu; l'état général est très-satisfaisant.

Après quelques minutes de taxis, les organes herniés rentrent dans l'abdomen avec la plus grande facilité.

Le malade jouit du plus grand calme et se livre au sommeil pendant plusieurs heures après l'opération.

Nous l'avons vu récemment, il n'a plus éprouvé aucun accident.

Obs. II. — *Hernie inguinale droite accompagnée de signes d'étranglement.* — Le sieur F..., serrurier à Saint-Mandé, âgé de 19 ans, est affecté d'une hernie inguinale du côté droit depuis sept ans. Jusque-là il avait toujours pu la réduire facilement.

Le 30 août 1876, vers 10 heures du matin, ayant fait effort pour prendre quelque chose sur un lieu élevé, il vit reparaître sa hernie.

Nous nous rendîmes auprès du malade à midi et demi, deux heures et demie après l'accident.

Nous trouvons une tumeur volumineuse, sensible au contact; les douleurs abdominales sont violentes, il y a pâleur de la face, petitesse du pouls qui est serré (100), angoisse, prostration générale.

Nous faisons le taxis infructueusement pendant quinze minutes environ.

Injection de 10 gouttes sans rien obtenir dix minutes après les tentatives de réduction.

Deuxiéme injection de 10 gouttes aux environs de l'anneau inguinal; rentrée de quelques parcelles d'intestin.

Troisième injection de 8 gouttes à la partie interne et supérieure de la cuisse; diminution notable du volume de la hernie par cette dernière opération.

A la suite de deux autres injections de 6 gouttes chacune, il ne reste plus qu'une petite tumeur diminuée des trois quarts qui reste toutefois dure et irréductible. N'ayant plus de solution de morphine à notre disposition, nous fûmes obligé de suspendre nos opérations, sans aucun inconvénient d'ailleurs, vu le peu d'importance de la hernie et le calme du malade qui se disposait à dormir.

Nous prescrivons un grand bain et des applications froides sur l'abdomen.

Nous revenons à trois heures et demie de l'après-midi, nous rouvons la hernie un peu augmentée, dépourvue de sensibilité (le malade a dormi plusieurs heures); plus de coliques, pouls très-bon; il dit avoir vomi une fois dans la matinée; en sortant de son bain il rend sa tisane en notre présence.

Nous pratiquons le taxis pendant vingt minutes environ sans succès.

Une injection de morphine de 10 gouttes fait rentrer immédiatement une portion de l'intestin; 10 autres gouttes font obtenir une réduction complète. Les opérations étaient terminées à 3 heures 40 minutes. Le malade s'assoupit, nous lui appliquons un bandage défectueux que nous disposons le mieux possible et qu'il a gardé utilement jusqu'à ce qu'il ait pu se procurer un brayer convenable.

Nous revoyons souvent ce jeune homme qui continue son état de serrurier.

Obs. III. — *Hernie inguinale droite chez un vieillard de 90 ans.* — M. M..., âgé de 90 ans, d'une forte constitution, rentier à Saint-Mandé, est atteint depuis longues années d'une hernie inguinale du côté droit, très-volumineuse, complètement irréductible.

Le 24 novembre 1876, à la suite de quintes de toux violentes produites par un catarrhe bronchique, se déclare une nouvelle hernie entée sur la première, dont le volume a acquis la grosseur d'une tête d'enfant de 10 à 12 ans.

Nous sommes appelés immédiatement après l'accident.

Le pénis disparaît presque entièrement dans la masse de la tumeur; le malade se plaint de coliques assez violentes; le pouls est petit, faible; sensibilité modérée des organes contenus au toucher; envies de vomir.

Nous cherchons à réduire immédiatement pendant un quart d'heure sans résultat.

Injection de chlorhydrate de morphine de 10 gouttes à la région supéro-interne de la cuisse; la tumeur devient plus souple, mais elle persiste.

Deuxième injection de 10 gouttes; nous parvenons à faire rentrer une grande partie des organes herniés avec le bruit caractéristique de gargouillement.

Troisième injection de 8 gouttes: après quelques minutes de manœuvre, la tumeur se réduit complètement avec la plus grande facilité. L'introduction de 28 gouttes de morphine a suffi (3 centigrammes et demi).

Le malade s'assoupit, les accidents locaux et généraux ont totalement disparu.

Le lendemain, à notre visite du matin, nous apprenons qu'il a très-bien dormi; tout est rentré dans l'ordre normal, il ne reste plus que l'ancienne hernie.

Nous avons su depuis que l'état de guérison s'était maintenu.

Réflexions. — L'étude de ces trois observations démontre l'effi-

cacité de l'emploi des injections de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies, après les tentatives infructueuses de l'opération du taxis.

En effet, on a pu voir que, chez le sujet de la première observation, le nommé L..., une hernie inguinale est rentrée facilement, à la suite de deux injections de 10 gouttes de solution au 40e (20 gr. d'eau de laurier-cerise pour 50 centigr. de sel).

Dès la première injection, les accidents locaux et généraux sont notablement amendés : la sensibilité de la tumeur, sa dureté, les coliques, l'anxiété. Après un quart d'heure de nouvelles manœuvres, nous pratiquons une injection de 10 gouttes, à la faveur de laquelle nous obtenons, au bout de quelques minutes, la réduction entière des organes déplacés.

Une heure environ a suffi pour ce résultat. Dans la deuxième observation fournie par le sieur F..., les symptômes sont plus graves et caractérisent une hernie étranglée : vomissements, coliques violentes, altération de la face, petitesse du pouls, collapsus général.

La tumeur est beaucoup plus volumineuse que dans le cas précédent et date de sept ans ; elle s'est souvent reproduite depuis cette époque, bien que toujours réductible.

Il a fallu 4 injections à dix ou quinze minutes de distance, pour arriver à une réduction complète, en tout 28 gouttes de solution (3 centigrammes et demi du sel).

Une heure et demie à peine s'est écoulée, et le succès était accompli.

La troisième observation nous paraît aussi très-concluante, eu égard au grand âge du sujet (90 ans) et au volume excessif de la hernie.

Trois injections représentant 28 gouttes (3 centigrammes et demi de sel de morphine), et à peine une heure de travail ont conjuré tous les accidents et amené la rentrée totale des organes déplacés.

Malgré le petit nombre de faits qui ont été soumis à notre observation, nous avons cru devoir les publier et préconiser une méthode curative qui se recommande par la rapidité de son action, par sa simplicité, par la facilité qu'on trouve à se procurer le médicament ainsi que l'instrument nécessaire à son application et par l'innocuité du moyen, lorsqu'on sait en user avec prudence.

Nous osons espérer que ces premiers essais deviendront le point de départ de nouvelles expérimentations auxquelles nous nous permettons de convier les praticiens qui sont à même de les continuer et d'en apprécier l'efficacité.

(Extrait des *Mémoires de la Société de chirurgie.*)

Analgésique offrant les avantages de la morphine sans en avoir les inconvénients.

Il serait superflu de décrire les inconvénients attribués, avec raison, à l'usage de la morphine et qui ont été décrits, dans ces derniers temps principalemeut, sous le nom de *morphinisme aigu ou chronique*. M. le Dr Ernest Besnier propose de remplacer les injections sous-cutanées de morphine par celles de chloroforme, ce liquide étant destiné à produire, non l'anesthésie comme on pourrait le penser, mais l'*analgésie*, au même titre, daus les mêmes conditions et de la même façon que la morphine.

Nos lecteurs ne méconnaîtront pas tout l'intérêt pratique qui se rattache à cette importante question sur laquelle M. Besnier vient d'appeler l'attention de la *Société de thérapeutique* (séance du 14 novembre). Les médecins qui ont eu recours aux injections de chloroforme ont pratiqué des *injections profondes* pour *le traitement des névralgies*. M. Besnier étend l'application de ces injections hypodermiques au traitement de la douleur dans toutes ses formes. La première publication sur les injections sous-cutanées de chloroforme est due, d'après M. Besnier, au Dr Roberts Bartholow, 1874 (tic douloureux de la face); la dernière se trouve dans le *Boston med. and surg. Journal*, 24 mai 1877.

En opérant bien, avec des aiguilles fines, bonnes et propres, menées *là où il faut*, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire *sous-cutané* et *non ailleurs*; en se servant de chloroforme *pur*, on n'a pas le moindre accident local — pas même de douleur par le fait de l'injection du chloroforme. Jusqu'à démonstration contraire, M. Besnier pense que la production des eschares dépend soit de la nature du chloroforme employé, — soit des instruments mis en usage — soit du lieu anatomique de l'injection. « Combien de malades, dit M. Besnier, sont encore privés du bénéfice de l'injection sous-cutanée anesthésique, dans la crainte des accidents, même les plus légers, du morphinisme aigu! Ce serait pour moi, si je ne me suis pas fait illusion, une bien vive satisfaction d'avoir contribué à multiplier encore les bienfaits si considérables que l'on doit à l'emploi des injections sous-cutanées anesthésiques. »

Manuel opératoire. — M. Besnier insiste sur le procédé opératoire des injections. L'injection doit être pratiquée en deux temps : d'abord l'introduction de l'aiguille séparée de la seringue, et ensuite l'adaption de la seringue et l'injection. Pour être sûr de ne pas avoir pénétré dans une veine et ne pas être exposé à produire de graves accidents par l'injection dans le système sanguin directement, il faut absolument introduire la canule aiguille seule, laquelle donnerait immédiatement issue

à une gouttelette sanguine si elle avait pénétré dans un vaisseau. De plus, pour être certain de ne pas produire une phlegmasie locale ni de point douloureux persistant au niveau de la piqûre, il faut que l'injection soit toujours faite dans la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, dont l'épaisseur varie selon les régions et selon l'embonpoint des sujets. Cette couche présente, en même temps qu'*une tolérance* toute particulière et une insensibilité très-propice aux injections, une faculté d'absorption extrêmement active. Nous reviendrons avec plus de détails sur ce sujet dans un des prochains numéros.

Le liquide des injections vaginales et utérines peut-il pénétrer dans les trompes utérines et produire une péritonite?

La question est loin d'être résolue. Au Congrès scientifique du Havre 1877, M. Gallard, répondant à M. Houzé de l'Aulnoit, cite les expériences de son élève M. Guichard, d'après lesquelles on ne peut obtenir le reflux du liquide injecté dans l'utérus qu'en employant une pression *énorme;* mais dans les lavages rien de semblable ne peut avoir lieu, le trop plein du liquide revenant au dehors entre la canule et la paroi du col.

Pour M. Bailly, agrégé libre de la Faculté, l'imperméabilité des trompes de Fallope est loin d'être démontrée, et il propose, en conséquence, de *substituer aux injections l'emploi d'un caustique solide* toutes les fois qu'on peut le faire.

M. Bailly cite, dans les *Annales de Gynécologie*, novembre 1877, à l'appui de la thèse qu'il défend, les deux observations suivanvantes :

Premier fait (résumé). Une primipare était traitée d'une métrorrhagie dix-sept jours après l'accouchement. Trois jours après, à onze heures et demie du soir, elle m'envoyait chercher, dit M. Bailly, avec prière instante de me rendre de suite près d'elle parce qu'elle souffrait cruellement dans le ventre.

On n'avait pas compris ma prescription, faite de vive voix, de cesser les injections, et le mari, qui jusque-là les avait administrées, s'étant absenté pour plusieurs jours, ce fut la mère de la jeune femme, peu habituée à soigner les malades, qui se chargea de remplacer son gendre. La canule mise en place, l'irrigateur avait été largement ouvert; mais, tout aussitôt la malade repoussait la canule en jetant un cri aigu et accusant dans le ventre une douleur des plus vives. A mon arrivée, vers minuit et demi, cette douleur persistait depuis plus de deux heures; elle s'étendait à la totalité de l'abdomen, devenu si sensible que la malade soutenait d'une main sa couverture pour

éviter qu'elle ne posât sur elle. Je trouvai cette jeune femme couchée sur le dos, immobile, la respiration plaintive, entrecoupée, la figure contractée, et n'osant ni bouger ni parler. Le pouls était concentré, petit et si fréquent que je dus renoncer à le compter. Le ventre n'était pas développé, mais il était si douloureux que toute exploration était rendue impossible. Rétablissement au bout d'une semaine.

Deuxième fait (résumé). Le 30 novembre, la personne qui soignait une primipare accouchée le 13 novembre, lui administra, sans motif aucun, une injection d'eau tiède, qui fut peut-être poussée avec trop de force dans le vagin. Cette injection n'était pas achevée que Mme L... éprouvait dans la totalité du ventre une douleur cruelle, accompagnée d'oppression et d'altération des traits. Se sentant près de vomir, la malheureuse femme n'eut pas le pouvoir de se pencher de côté et fut couverte de vomissements. Appelé en toute hâte, M. Bailly eut recours à l'opium, aux cataplasmes émollients et au repos, mais ces moyens retardèrent d'une semaine le rétablissement définitif.

On pourrait objecter aux deux exemples précédents que les trompes d'une femme récemment accouchée ne sont pas dans l'état où elles se trouvent en dehors de l'accouchement, et que les malades de M. Bailly n'ont pas eu une péritonite. Voici un fait qui semblerait devoir répondre à ces objections.

Troisième fait, recueilli dans le service du professeur Lorain, à la Pitié, par M. Quenu. Une fille de 16 ans est atteinte de vaginite blennorrhagique. Le 20 novembre 1873, on injecte dans la cavité vaginale plein une petite seringue de verre d'une solution de nitrate d'argent au 50°, de sorte que la quantité de liquide injectée fut évaluée à 1 décigramme. La seringue est enfoncée très-peu, et l'injection, poussée avec lenteur, s'échappe en partie du vagin. Après cette injection, douleurs vives, anxiété. La malade s'agite, se tord sur son lit, les yeux s'excavent. Après sept jours le malade succombe aux progrès d'une péritonite.

Lorain pensa qu'un peu de pus avait traversé les trompes. M. Tardieu, qui fit l'autopsie à la Morgue, constata une métrite interne suppurée; les trompes étaient remplies de pus et il y avait une péritonite diffuse.

On dira peut-être qu'il s'agit ici d'une inflammation des trompes par propagation de l'inflammation de l'utérus. La chose n'est pas impossible, mais on avouera qu'en présence de tels faits on ne saurait s'entourer de trop de précautions lorsqu'on a recours aux injections utérines.

Traitement féroce des névralgies rebelles.

L'emploiera qui voudra, nous ne conseillerons pas aux malades de se soumettre à cette nouvelle torture avant d'avoir usé et abusé de toutes les ressources de la thérapeutique médicale et chirurgicale.

Voici en résumé en quoi consiste ce traitement. Vous avez une sciatique rebelle, on vous incise, on vous saisit le nerf sciatique et l'on tire dessus de manière à soulever le membre. Quelques jours après, vous êtes guéri si le chirurgien ne vous a pas tué ou s'il ne vous a pas arraché le sciatique. Quand nous vous disions que nous en arrivions aux traitements les plus barbares, nous avions raison.

Cette nouvelle méthode de traitement est désignée sous le nom d'*étirement de nerfs*. Elle nous vient de l'autre côté du Rhin; c'est Nussbaun, de Munich, qui l'a inaugurée. Voici 2 cas de guérison par le Dr John Chiene, d'Edimbourg, publiés par le *Practitionner*.

1° Un homme de 40 ans, chauffeur, est atteint de sciatique à droite depuis cinq ans. La jambe est le siége d'une atrophie considérable. Le 19 avril, opération. Le nerf sciatique est découvert au-dessous du grand fessier (incision de 7 centimètres). Il est saisi et tiré avec le doigt. Il est tendu en dehors et en dedans, puis *le membre est soulevé par le nerf tenu de la sorte*. La plaie est traitée par la méthode antiseptique. Dès le lendemain la douleur a disparu, et le malade soulève sans difficulté son membre sur le lit. En quinze jours il avait quitté le lit. Le vingt-deuxième jour, il quittait l'hôpital, se trouvant parfaitement guéri. — On peut dire que ce malade a eu de la chance.

2° Un autre chauffeur de 41 ans est atteint de sciatique rebelle depuis un an. Depuis deux mois, il est incapable de travailler. Il a subi des applications de vésicatoires, injections de morphine, térébenthine, ventouses, cautères. La douleur est très-violente. Il n'a pas d'atrophie, mais tout mouvement est impossible. Le 23 avril, le sciatique est découvert sur la cuisse. Le nerf volumineux est *tiré de telle façon que M. Chiene crut l'avoir rompu*. Dès le lendemain, plus de douleurs, progrès rapides; sortie le dix-huitième jour avec un peu de sensibilité sur le grand trochanter. — Que serait-il arrivé si le nerf sciatique eût été arraché?

M. Chiene cherche à expliquer l'action de l'opération en disant que, dans ces névralgies, le tronc nerveux chroniquement enflammé (où a-t-il vu cette inflammation?) contracte des adhérences en même temps que le tissu fibreux des nerfs s'épaissit

et comprime les fibres nerveuses (qui a fait connaître ces lésions ?). L'étirement rompt les adhérences et diminue cette pression (fantaisie !).

On dit que les malades soumis aux horribles tortures des sciatiques rebelles subiraient volontiers de graves opérations, même pour un soulagement temporaire. Nous ne le nions pas, cependant nous doutons que les chirurgiens français se décident jamais à conseiller à leurs malades une opération aussi cruelle.

Injection contre la blennorrhagie, par M. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

℞ Sulfate de zinc		1 gramme.
Acide tannique		1 —
Sous-nitrate de bismuth	ãã	2 —
Laudanum de Sydenham		
Hydrolat de roses		100 —

Faites dissoudre. — Trois ou quatre injections par jour.

Quand la blennorrhagie est passée à l'état chronique, l'auteur prescrit, de préférence, l'injection suivante :

Sulfate de zinc	ãã	0 gr. 50 *centigr.*
Sulfate d'alumine		
Laudanum de Sydenham		1 gramme.
Hydrolat de roses	ãã	50 —
Vin rouge		

Faites dissoudre.

Nous ne savons pas si ces injections sont supérieures à celles des trois sulfates qui réussissent merveilleusement dans la ménorrhagie aiguë et chronique et que nous employons avec succès depuis l'année 1859.

℞ Sulfate de zinc	ãã	50 cent. à 1 gr.
— de fer		
— de cuivre		
Eau distillée		120 grammes.
Gomme arabique		5 —

Faites dissoudre. — Une injection le soir ; deux si le malade les supporte bien.

Traitement de la teigne tonsurante par l'huile de croton, par M. Cadet de Gassicourt.

M. Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Ssinte-Eugénie, a communiqué le résultat de son traitement à la *Société de thé-*

rapeutique, dans sa séance du 24 octobre dernier. Il a eu recours au procédé de M. Ladreit de Lacharrière.

Modus faciendi. — On fait un mélange, à parties égales, de cire vierge, de beurre de cacao et d'huile de croton ; on a alors un bâton que l'on entoure d'une plaque d'étain. Après avoir rasé la tête. on fait des frictions avec le mélange précédent, puis on recouvre la tête d'un linge. Trois ou quatre jours après, toutes les parties tombées avec l'huile de croton se recouvrent de croûtes ; on applique des cataplasmes, on attend que les croûtes soient tombées, et l'on recommence jusqu'à ce que la guérison soit définitive.

Résultats. — Les expériences ont été commencées il y a eu un an au mois de juillet, sur des enfants arrivés à la deuxième période ; elles sont au nombre de 42. Sur ces 42 observations, 20 ont été suivies à l'hôpital, 22 en dehors de l'hôpital, sur des enfants qui venaient à la clinique externe ; aussi ces dernières sont-elles peu démonstratives. Or, sur ces 42 cas, il y a eu 22 guérisons, 4 malades sont encore en traitement et 7 fois les accidents ont été modifiés. Quand aux guérisons, elles sont positives.

Durée du traitement. — La durée du traitement est variable : ainsi, dans les cas heureux elle a varié entre un mois et onze mois ; les applications d'huile de croton ont oscillé entre un et sept mois. Mais un point sur lequel M. Cadet de Gassicourt appelle l'attention, c'est sur la rapidité merveilleuse avec laquelle il a vu se transformer les plaques. Dans un cas où le crâne entier était atteint par les trichophytons, une seule application du mélange qu'il a indiqué plus haut suffit pour amener une amélioration telle qu'on crut tout d'abord à une guérison complète ; malheureusement il n'en était rien : des cheveux malades avaient échappé à l'action de l'huile de croton. De nouvelles applications furent faites successivement, et au bout de onze mois la guérion était complète, malgré une fièvre typhoïde qui força de suspendre le traitement pendant plus de six semaines. Dans 7 autres cas, où les plaques recouvraient des espaces de 6 à 8 centimètres de diamètre, la durée du traitement fut de trois mois, trois mois et demi, sept et onze mois ; une fois l'inflammation fut intense, et le malade guérit avec une calvitie.

Valeur du traitement. — On voit, d'après ce qui précède, qu'il est difficile de la nier. La moyenne de la durée de la maladie est de quatre mois pour les observations de M. Cadet de Gassicourt, et pour toutes les autres médications la moyenne est de dix à quinze mois, et, de plus, on peut se passer de l'épilation, qui est une opération délicate et douloureuse.

Ce traitement n'a pas réussi dans la *pelade*.

DIVERS

La chirurgie d'outre-mer. — Jusqu'à présent les médecins ont été assez naïfs pour croire que le varicocèle est une dilatation morbide, permanente, des veines spermatiques. Le Dr Copeland nous apprend par la voix du *Journal médical et chirurgical*, de Boston, que le varicocèle a son siége dans le cerveau et qu'il n'est qu'une forme de cet état connu sous le nom de *génitomanie* et qu'il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement.

1o Un jeune homme de 25 ans, portant une tumeur variqueuse du cordon, grosse comme un œuf, se vit refuser l'opération par le Dr Copeland. Trois ans après, le malade était guéri de son varicocèle. Donc, dit le célèbre chirurgien, ses souffrances étaient imaginaires.

2o Un jeune homme de 24 ans était fort tourmenté d'un varicocèle gros comme un œuf. Il souffrit énormément d'un durillon au pied droit, son varicocèle guérit et il crut à une métastase.

3o Un jeune homme de 27 ans est atteint d'un varicocèle qui le plonge dans un véritable marasme intellectuel, ce qui ne l'empêche pas de s'exposer à contracter une blennorrhagie. Le varicocèle est oublié et guérit.

Et voilà comment quelques chirurgiens font de la chirurgie!

Origine des globules rouges du sang. — Chez le *scillium catula*, dit M. Pouchet (Société de biologie, 6 novembre 1877), et probablement chez la plupart des vertébrés, le sang charie constamment des cellules qu'on ne saurait distinguer de celles qui constituent la masse du parenchyme splénique.

Ces cellules se transforment directement en hématies ou globules rouges; elles grandissent, fixent l'hémoglobine, perdent à partir de ce moment leurs propriétés sarcodiques pour prendre une figure régulière, en même temps que commence la régression du noyau.

Nous serons heureux de voir le résultat de ces expériences confirmé par le monde savant et nous émettons le vœu que M. Pouchet arrive à nous faire connaître ce que deviennent les globules rouges et comment ils se détruisent dans le sang, terminaison qu'on ignore, car on ne peut pas considérer comme démontrée la destruction des globules rouges par le foie et par la rate.

Emploi de la pilocarpine dans les maladies des yeux, par M. le Dr Galezowski. Le pilocarpine, principe actif du Jabo-

randi, a été étudié par M. Galezowski qui a fait une communication sur ce sujet à la *Société de biologie* (séance du 27 octobre).

L'alcaloïde du Jaborandi possède une propriété myotique des plus puissantes. A la dose de 20 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée, une goutte instillée dans l'œil atteint de mydriase paralytique, amène une telle contraction de la pupille, qu'au bout d'une demi-heure cette dernière mesure a à peine 1 millimètre de diamètre. La contraction dure de cinq à huit heures consécutives. Ce résultat s'est vérifié sur un grand nombre de malades, et on peut dire, dès aujourd'hui, que la pilocarpine ne cède en rien ses propriétés myotiqnes à l'ésérine, et qu'elle offre, en outre, cet avantage qu'elle ne provoque aucune irritation.

Il n'en est pas de même de l'ésérine, dont l'usage prolongé peut occasionner, selon M. Galezowski, des douleurs périorbitaires, des nausées et une conjonctivite des plus intenses. MM. Galippe et Bochefontaine ont fait les mêmes observations sur les animaux.

Tolérance extraordinaire pour l'opium. — Nous lisons dans *The med. Record*, de New-York, que Lahrbush, né à Londres, le 9 mars 1766, vient d'atteindre l'âge fabuleux de cent onze ans. Pendant soixante et dix ans, il n'a pas cessé de faire usage de l'opium. C'est en 1807, aux Indes, qu'il contracta cette habitude. Au début, il ne prenait que des doses faibles, un demi-grain tout au plus. De un grain, il arriva progressivement à vingt, à trente-six grains par jour.

Les effets de cette étrange habitude ont été les suivants. La constipation a été constante, au point de produire fréquemment *une grosse tumeur* dans le côlon. N'est-ce pas ce fameux centenaire qui aurait importé en France les *grains Japonais* contre la constipation.

Mort par rupture de la rate. Horrible déformation de l'anus chez une jeune fille vierge, âgée de 12 ans. — Un cultivateur d'Ouzeur Lemmelzar (canton de Ténès, Algérie) donna force de coups de pied à sa nièce dans la région des reins. Mort au bout de quelques heures. On trouve un énorme épanchement sanguin dans le péritoine, provenant d'une rupture de la rate. Cet organe était tuméfié par l'impaludisme et mesurait 23 centim. de long sur 16 de large.

Dès qu'on écarte les cuisses, dit M. Berthereaud, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, on observe tous les signes de la *pédérastie passive*, le périnée se tend fortement, l'anus s'ouvre si largement que l'œil aperçoit l'intérieur du rectum qui forme une sorte de conduit béant plongeant dans le petit bassin et où le

regard a plein accès. Le doigt indicateur ne rencontre aucune résistance de la part des sphincters ; l'anus n'a pour ainsi dire pas d'épaisseur ; le pourtour en est plutôt triangulaire que circulaire ; son bord pubien est formé par le périnée tendu transversalement ; ses parois latérales répondent aux ischions et sont tapissées par une muqueuse épaissie, condensée en plusieurs petits bourrelets saillants d'environ deux millimètres, se prolongeant sous forme de colonnes dans l'intérieur du rectum, résistant au toucher, tout à fait différents des plis radiés que forme la circonférence de l'anus à l'état normal. L'angle de réunion de ces parois latérales qui s'avancent quelque peu l'une vers l'autre à la façon des parois d'un infundibulum correspond à la peau du coccyx ; cet angle est mousse. Le doigt s'enfonce naturellement dans cette ouverture, non dans la direction du sacrum, mais vers la paroi abdominale antérieure en plongeant dans le centre du petit bassin.

L'instruction a démontré que l'auteur de toutes ces violences n'était autre que l'oncle qui vivait seul avec cette jeune fille et qui seul était intéressé à *respecter sa virginité* pour la marier avantageusement. L'accusé a été condamné à 12 ans de travaux forcés.

Autopsie d'un chien enragé ; inoculation. — M. Bouley a communiqué le fait suivant à l'Académie des sciences dans la séance du 20 octobre dernier. M. Moreau, vétérinaire à la *Capelle*, fit l'autopsie d'un chien enragé avec quelques excoriations aux mains, et il eut l'imprudence d'introduire les doigts dans la gueule de l'animal. Au bout de trois mois, les symptômes se sont montrés et M. Moreau est mort de la rage. On sait que sur le cadavre d'un chien enragé, la salive seule est virulente, mais on n'est pas encore fixé sur le degré de virulence de la salive déglutie, de celle qui se trouve dans l'estomac.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine. — Cours libres.

Cours de pathologie externe. — M. le Dr Berger commencera ce cours le lundi 3 décembre, à une heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le Dr Dieulafoy commencera

ce cours le lundi 3 décembre, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ecole pratique. — Cours libres.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire. — M. le Dr Mallez commencera ce cours le jeudi 29 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les jeudis suivants à la même heure.

Le cours comprendra : Le parallèle de la taille et de la lithotritie. — Le traitement des rétrécissements de l'urèthre. — Les projections photomicrographiques des dépôts de l'urine et de nombreuses pièces d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire.

Nécrologie. — L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus anciens et les plus zélés, M. le Dr Sauveur-Henri-Victor Bouvier, de la section d'anatomie et de physiologie, M. Bouvier, qui avait presque entièrement perdu la vue, se promenait, mercredi, dans le jardin des Tuileries, et s'approcha trop près du grand bassin, dans lequel il tomba. Quoiqu'il ait été retiré de l'eau immédiatement, le saisissement, le froid, ont déterminé une congestion pulmonaire, à laquelle il a succombé quelques heures après.

M. Bouvier était né à Paris, en 1799; élève de la Faculté de Paris, il fut reçu interne des hôpitaux en 1819, médecin du Bureau central et agrégé en 1823, membre de l'Académie de médecine en 1839. Ses travaux sur l'orthopédie lui avaient créé une très-honorable notoriété; ils furent récompensés par l'Académie des sciences en 1837, qui lui accorda un prix de 6,000 francs.

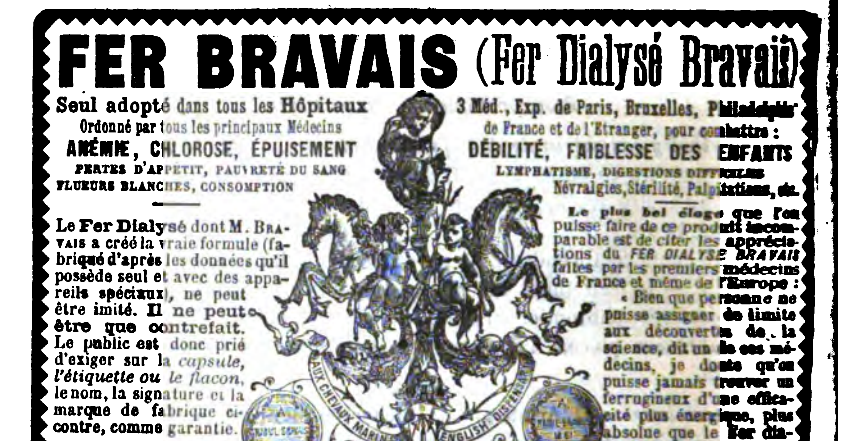
Concours Vulfranc Gerdy. — La liste des concurrents de ce concours a été close le 31 octobre, à l'Académie de médecine. Cette liste se compose d'un seul candidat, M. Monnard, interne des hôpitaux de Lyon.

Concours de l'externat. — 2e question : *Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë simple.*

Mortalité à Paris. — Pendant la semaine finissant le 22 novembre, on a constaté 805 décès, dont 606 à domicile et 199 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.



KOUMYS-EDWARD Marque déposée

EXTRAIT DE KOUMYS-EDWARD

Seul adopté dans les Hôpitaux de Paris. — Méd. d'Or, Paris 1875

Chaque flacon d'Extrait contient 3 ou 6 doses transformant trois ou six bouteilles de Lait en Koumys.

BIÈRE DE LAIT PEK Marque déposée

Brevetée s. g. d. g.

Obtenue par la fermentation alcoolique du Lait et du Malt avec du Houblon. — Puissant reconstituant et eupeptique. — Se prend pendant ou entre les repas. — Goût excellent. — Conservation parfaite.

Dépôt Cent[illegible] à l'Établissement du KOUMYS-EDWARD, 14, Rue de Provence, Paris.

Troisième année. N° 49. 6 Décembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 6 Décembre 1877.

— *Académie de médecine* (séance du 27 novembre). — M. le professeur Lasègue a présenté à l'Académie 2 enfants, de 11 ans et de 14 ans, atteints d'épilepsie et présentant en même temps une déformation du crâne consistant en un défaut de symétrie des deux côtés de la boîte crânienne. Ces deux faits dans lesquels on ne trouve aucun antécédent héréditaire, aucun accident cérébral antérieur, paraissent confirmer la théorie récemment émise par M. Lasègue sur l'épilepsie. On peut, jusqu'à plus ample informé, ce nous semble, les considérer comme de simples coïncidences d'épilepsie et de déformation du crâne.

L'Académie procède ensuite, par voie de scrutin et par appel nominal, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La section présentait les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Riche. En deuxième ligne, M. Bourgoin. En troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Grassi et Méhu. En quatrième ligne, M. Prunier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 70 et la majorité absolue de 36, M. Riche obtient 65 voix et M. Méhu 4. Il y a eu un bulletin blanc.

En conséquence, M. Riche est nommé membre titulaire de l'Académie.

L'Académie procède à l'élection de la commission du

concours Vulfranc Gerdy (nomination d'un stagiaire aux eaux minérales). Les cinq membres élus sont MM. Béclard, Broca, Gubler, Jules Lefort et Pidoux. Le lauréat (il n'y a qu'un seul concurrent) entrera en fonction le 1er mai 1878.

— MM. Rochard et Maurice Perrin ont pris la parole pour réfuter certaines propositions émises par M. le professeur Verneuil, dans la dernière séance, dans sa communication sur la *désarticulation de la cuisse*. La discussion va prendre des proportions satisfaisantes pour le public, car MM. Gosselin, Legouest, Richet et Trélat se sont fait inscrire pour y prendre part.

Société de chirurgie. — A propos d'un cas de Mal de Pott, plusieurs membres ont adopté ces conclusions : le Mal de Pott est certainement curable, même lorsqu'il y a eu des abcès par congestion. Le meilleur traitement est l'immobilisation, au moyen de corsets, d'appareils silicatés, etc. Un certain nombre d'enfants atteints du Mal de Pott reviennent de Berck complètement guéris. M. Lannelongue se propose de démontrer à la Société que les appareils n'agissent pas par immobilisation, mais en soutenant la partie supérieure du corps et en l'empêchant d'écraser les vertèbres malades.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Endocardite blennorrhagique. Observation lue, le 9 novembre 1877, à la *Société médicale des hôpitaux*, par M. Desnos, médecin de la Pitié.

Il y a environ un mois, entra dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, un homme atteint de bronchite aiguë qui paraissait simple. Quelques jours plus tard, il se plaignit d'une douleur assez vive dans l'épaule, douleur que j'attribuai aux mêmes causes de refroidissement qui avaient provoqué sa bronchite, et auxquelles il avait été soumis dans l'exercice de son métier de maçon. Cette douleur commençait à s'amender, lorsqu'il en accusa une non moins vive au niveau de l'articulation sterno-claviculaire du même côté, du côté gauche. Il existait, en effet, dans ce point, une douleur vive, spontanée ou provoquée par la pression, en même temps que de la rougeur du tégument externe et

du gonflement. Nous nous trouvions évidemment en face d'une inflammation de l'articulation sterno-claviculaire. Sachant combien l'arthropathie sterno-claviculaire est rare en dehors d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu très-généralisé ou d'un traumatisme, à moins d'une manifestation du rhumatisme blennorrhagique, instruit par le souvenir d'une arthrite blennorrhagique sterno-claviculaire que j'avais précédemment observée, je songeai à la possibilité d'un écoulement uréthral. Cet écoulement existait en effet.

Pour moi, le diagnostic n'était plus douteux. Il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique cantonné dans un petit nombre d'articulations, chez un individu exempt jusqu'alors d'antécédents rhumatismaux; car les antécédents ont été interrogés avec soin.

Pendant l'existence de cette arthrite sterno-claviculaire, qui présentait, d'ailleurs, une certaine résistance à un traitement approprié (embrocations narcotiques, vésicatoires volants), ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, le malade se plaignit tout à coup de dyspnée assez violente, de palpitations.

L'état de la bronchite, qui, à cet instant, présentait une amélioration momentanée, ne rendait pas compte de cette oppression.

Au contraire, les battements du cœur étaient devenus tumultueux, irréguliers, et on entendait à la pointe du cœur, un bruit morbide dont, en raison du tumulte du cœur, il était difficile de préciser la nature et la signification. Etait-ce un bruit de galop péricardique ou un bruit de roulement? Cependant les battements du cœur étant devenus plus lents, il devint évident pour moi qu'il s'agissait d'un de ces bruits de roulement qu'on donne comme signe du rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Ce bruit a été constaté maintes fois, non-seulement par moi, mais par plusieurs personnes, et notamment par des concurrents au Bureau central, auxquels j'ai donné le malade à examiner.

Peu de temps après que nous avions reconnu l'existence de cette affection du cœur, le malade commença à s'affaiblir, il présentait une fièvre avec de grandes oscillations thermométriques, et je songeai, en voyant sa prostration, à une endocardite ulcéreuse s'accompagnant des phénomènes typhoïdes qui lui sont propres et aujourd'hui bien connus.

Mais la marche ultérieure de la maladie ne tarda pas à me forcer d'abandonner ce diagnostic, et de reconnaître que mon malade présentait les symptômes d'une asystolie que mes efforts étaient impuissants à combattre. Effectivement, en même temps que le pouls radial s'accélérait, devenait très-faible, très-petit,

les extrémités inférieures, les mains même, en dernier lieu, s'œdématiaient, sans qu'il y eût d'albuminurie; la bronchite double, momentanément améliorée, présentait une recrudescence, et se transformait en une congestion œdémateuse qui se traduisait par de la dyspnée, par de très-nombreux râles sous-crépitants, qu'on percevait des deux côtés de la poitrine, en avant comme en arrière. L'asphyxie, lente d'abord, fit ensuite des progrès rapides et emporta le malade environ un mois après son entrée à l'hôpital. Voici ce que révéla l'autopsie : les deux poumons rouges, ne revenant pas sur eux-mêmes après l'ouverture de la poitrine, laissaient suinter en tous leurs points, sous l'influence de la pression, un liquide d'un rouge pâle, extrêmement spumeux.

Le péricarde était sain. Mais la valvule mitrale, ainsi que vous pouvez le voir, présentait sur la partie moyenne, à quelques millimètres du bord libre de sa valve antérieure, une végétation du volume d'une lentille, qui pouvait entraver le jeu de la valvule et expliquer, par ses rugosités, le bruit de roulement perçu pendant la vie. Il existait, en outre, à l'orifice aortique des lésions que l'auscultation ne nous avait pas révélées, en raison peut-être des nombreux bruits pulmonaires qui avaient envahi la région précordiale et rendu impossible, pendant les derniers temps de la vie, l'auscultation du cœur.

Si, en effet, on regarde par la cavité ventriculaire, la *face inférieure* des valvules aortiques, on aperçoit une *végétation grisâtre*, très-adhérente à une des valvules, faisant corps avec elle, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par des tractions opérées à l'aide d'une pince.

En examinant ces mêmes valvules par leur face supérieure, on voit également faire saillie dans la cavité de l'aorte, une autre végétation, du même volume que la précédente, du même aspect grisâtre et non moins adhérente.

Les valvules aortiques étaient tout à fait insuffisantes; j'ai ai fait l'expérience.

Comme je voulais présenter cette pièce anatomique dans son intégrité, l'examen histelogique des végétations n'a pas été fait. Cependant, en les pressant avec une pince et en exerçant de légères tractions, il est facile de voir, même à l'œil nu, qu'elles ne sont point entièrement constituées par des éléments hyperplasiques, et que de la fibrine coagulée entre pour une certaine part dans leur composition.

En résumé, je crois qu'il s'agit ici d'une endocardite liée à une arthrite blennorrhagique. Je sais que ceux qui discutent encore l'existence du rhumatisme blennorrhagique, pourront faire sur la nature de cette endocardite des objections de même ordre.

Je n'ai pas d'autre prétention que d'apporter des matériaux à l'histoire d'une maladie qui, jusqu'à cette heure, doit être considérée comme rare, mais dont l'existence me paraît réelle.

La cavité prépéritonéale de Retzius; épanchement sanguin.

Dans le n° 46 du *Paris Médical*, 15 novembre, nous avons dit ce qu'il fallait entendre par la *cavité de Retzius*, et nous avons parlé des inflammations et des abcès qui s'y produisent.

M. Dujardin-Beaumetz communique à la *Société médicale des hôpitaux*, le 9 novembre 1877, un fait qui montre que la cavité de Retzius peut être aussi le siége d'hémorrhagies plus ou moins abondantes, constituant de véritables hématocèles péri-vésicales.

Un vieillard de soixante-sept ans, dans le cours d'une affection du cœur, voit survenir, sans cause appréciable, une ecchymose de l'ombilic qui s'étend bientôt à la région hypogastrique, envahit le tissu cellulaire de la verge et du scrotum et se montre au pourtour de l'anus. En même temps, il se produit, dans l'hypogastre, une tumeur arrondie ayant la forme et la situation de la veine distendue, et cette ressemblance est telle que l'on pratique le cathétérisme. La vessie a ses dimensions normales et elle renferme une urine parfaitement saine et limpide. Puis, l'ecchymose envahit la partie interne des cuisses, et passant ensuite à toutes les phases que présentent les épanchements sanguins du tissu cellulaire, ces ecchymoses disparaissent peu à peu ainsi que la tumeur vésicale. Le malade sort de l'hôpital ne présentant plus aucun symptôme de ce côté, et sans avoir présenté ni douleur, ni fièvre.

Le *diagnostic*, dans ce cas, dit M. Dujardin-Beaumetz, a d'abord donné lieu, de notre part, à quelques hésitations, et nous étions porté à attribuer ces ecchymoses si nettement limitées au pourtour de l'anus et à la peau de la verge et du scrotum, à une rupture des veines du plexus prostatique; mais cette hypothèse ne nous expliquait pas la formation de la tumeur vésicale.

Lorsqu'on se reporte à la description donnée par Retzius des rapports du péritoine au niveau de la vessie, on voit que le tissu cellulaire péri-vésical communique avec le tissu cellulaire de la peau par tous les points où l'on voyait apparaître chez ce malade les taches ecchymotiques. On trouvait, de plus, cette tumeur péri-vésicale si analogue à la vessie distendue, et qui, dans presque toutes les observations de phlegmons de la cavité de Ret-

zius, a fait croire aux observateurs à une rétention d'urine plus ou moins complète.

On avait donc bien affaire, dans cette occasion, à un cas d'hémorrhagie dans la cavité de Retzius.

Tumeur maligne du larynx. Extirpation du larynx. Succès, par le Dr Foulis, de Glascow.

Nous sommes tout à fait opposés aux opérations compliquées et surtout aux observations hasardeuses, et personne plus que nous ne condamne l'extirpation, telle qu'elle a été pratiquée il y a quelques années par quelques chirurgiens, alors que l'on ne prolongerait pas la vie des malades au delà de quelques jours. Mais lorsqu'il s'agit de cas analogues à celui que nous rapportons ici (voir *The Lancet*, 13 octobre 1877), nous leur donnons toute notre approbation et nous en recommandons la lecture.

G. H..., 28 ans, se présente à l'hôpital des maladies du larynx en avril 1876. C'est un individu pâle, qui paraît ne jamais avoir joui d'une bonne santé. A l'âge de 21 ans, il fut atteint d'un rhume qui dura dix mois. A ce moment, sa voix était enrouée, mais elle devint graduellement claire. Cette année, il a constaté que l'enrouement se reproduisait et que par moment lorsqu'il parlait, les mots qu'il émettait étaient *subitement coupés en deux, la seconde moitié n'étant plus perceptible.* En dehors de ce phénomène, pas de douleur et de difficulté pour avaler, seulement une « sensation de sécheresse » dans les voies respiratoires ; pas de crachement de sang, etc... ; l'auscultation thoracique confirme ces symptômes négatifs.

Le laryngoscope fait découvrir une *tumeur* verruqueuse, du volume d'un *pois*, d'une coloration gris-rosée, *située au-dessous de la partie antérieure de la corde vocale gauche.* A cause de sa position, cette tumeur fut enlevée une première fois (19 mai 1876), par l'incision du cartilage cricoïde ; elle fut très-facilement extirpée, et sa surface d'implantation fut touchée avec le nitrate d'argent. La plaie résultant de la cricotomie (section de la membrane crico-thyroïde et du cartilage cricoïde) guérit, mais en conservant un trajet fistuleux à sa partie inférieure. La tumeur examinée au microscope était un *papillome.*

En avril 1877, une nouvelle opération fut pratiquée pour extraire la tumeur qui s'était reproduite ; cette fais, M. Foulis eut recours à la tyrotomie ; l'extirpation du néoplasme fut facile et le cautère actuel fut promené sur le point d'implantation. Cette seconde opération fut suivie d'un succès complet ; la réunion des bords de la plaie fut complète.

En août 1877, le malade revient à l'hôpital pour une nouvelle récidive de la tumeur; la respiration est anxieuse, la voix très-enrouée, est presque éteinte; au laryngoscope, on reconnaît que la tumeur est beaucoup plus volumineuse que les deux premières fois; elle fait saillie dans la trachée au-dessous des cordes vocales et la lumière du canal aérien est presque complètement oblitérée.

En présence de ces phénomènes graves, on propose au malade l'extirpation du larynx, qui est pratiquée le 10 septembre 1877.

« Je conduisis l'incision, dit M. Foulis, du bord inférieur de l'os hyoïde, sur la ligne médiane, à 1 pouce environ au-dessous du cartilage cricoïde. Les parties molles furent soigneusement disséquées des cartilages du larynx jusqu'au pharynx, d'abord sur un côté, puis sur l'autre; chaque petit vaisseau qui donnait du sang, était lié à mesure. Le bout supérieur de la trachée fut nettoyée, tirée en avant à l'aide d'érignes et divisée au niveau du premier anneau. J'incisai transversalement avec rapidité la muqueuse dans la partie postérieure de la trachée, et j'introduisis un tube de plomb recourbé en syphon de façon à prévenir l'entrée du sang dans les voies respiratoires et à permettre l'entretien de la respiration. La boîte cartilagineuse du larynx fut alors tirée en avant avec un crochet aigu et délivré de ses attaches supérieures et postérieures. Le rebord supérieur du cartilage thyroïde que je voulais laisser, de façon à prévenir une cicatrisation trop étroite de la plaie, dut être extirpée, car la tumeur l'avait envahi; je laissai seulement les cornes supérieures et une moitié des cartilages aryténoïdes qui étaient sains. Les bords de la trachée furent fixés à la peau de chaque côté par deux fils d'argent passés profondément dans les tissus. Ce fut là tout le pansement. L'opération dura deux heures et demie. »

Les suites de cette opération ont été des plus simples et la guérison n'a été entravée par aucun accident grave.

Durant les dix premiers jours, la température de la chambre fut maintenue à 70° F et on plaça sur le feu une bouilloire remplie d'une solution d'acide phénique, destinée à produire des vapeurs pour purifier l'air.

Cinq jours après l'opération, le patient pouvait avaler facilement les liquides. Le 23 septembre (13 jours après l'opération), il se lève sur son lit et prend du potage. Le 8 octobre, la plaie est cicatrisée au degré voulu, et on commande un appareil vocal de Gussenbauer.

Le chloroforme pendant l'accouchement,

par le Dr Piachaud, de Genève.

M. Piachaud, l'un des médecins les plus estimés et les plus aimables de Genève, a présenté au *Congrès* de cette ville un travail dont nous donnons ici [un résumé que les praticiens pourront mettre à profit.

1° L'emploi des anesthésiques doit être conseillé d'une manière générale dans l'accouchement naturel;

2° Le chloroforme me paraît être celui qu'on doit préférer;

3° Il doit être administré suivant la méthode de Show, c'est-à-dire par petites doses au début de chaque douleur, et en la suspendant dès que la douleur est passée;

4° On ne doit jamais pousser l'action jusqu'à l'insensibilité complète, mais se borner à une demi-anesthésie, c'est-à-dire à une atténuation de la souffrance;

5° On donne généralement le précepte de n'administrer le chloroforme que pendant la période d'expulsion, cependant dans certains cas de nervosité et d'agitation extrêmes, il est avantageux de ne pas attendre la complète dilatation du col pour employer les anesthésiques;

6° Les expériences ont démontré que les anesthésiques ne suspendent ni les contractions utérines, ni celles des muscles abdominaux, et qu'elles affaiblissent la résistance naturelle des muscles du périnée;

7° L'emploi des anesthésiques n'a aucun effet fâcheux sur la santé de la mère ni sur celle de l'enfant.

8° En atténuant plus ou moins la souffrance, les anesthésiques rendent un grand service aux femmes qui redoutent la douleur, ils diminuent les chances des crises nerveuses qui ont pour cause, pendant le travail, l'excès de la souffrance; enfin ils rendent plus rapide le rétablissement de l'accouchée;

8° Les anesthésiques sont spécialement utiles pour calmer l'extrême agitation et l'excitation cérébrale que le travail produit souvent chez les femmes très-nerveuses;

10° Leur emploi est indiqué dans les cas d'accouchement naturel, lorsque le travail est suspendu ou retardé par la souffrance causée par des maladies antérieures, ou survenant pendant le travail, et dans le cas où des contractions irrégulières et partielles occasionnent une souffrance interne et presque continue, sans concourir au progrès du travail;

11° Dans l'accouchement naturel, le chloroforme ne devra être employé qu'avec l'assentiment de l'accouchée et de sa famille.

Nouveau procédé de version (ano-pelvien) applicable aux cas difficiles, par M. Guéniot, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Le 2 octobre 1877, M. Guéniot lisait à l'Académie de médecine un travail dont nous donnons un extrait.

Combien de fois l'accoucheur ne se voit-il pas forcé d'agir, alors que la version constitue son unique ressource ! Pour ma part, j'ai dû subir déjà bon nombre de fois cette contrainte. Eh bien, c'est particulièrement dans des cas si difficiles que le procédé dont je veux parler me paraît propre à rendre de réels services.

... Qu'on ne l'oublie pas, il s'agit ici des cas dans lesquels le chirurgien n'est plus libre de surseoir à l'opération. Tous les délais possibles ont été mis à profit ; divers moyens adjuvants, tels que narcotiques, chloroforme, etc., ont dû être également utilisés ou écartés pour des raisons majeures. En un mot, la terminaison de l'accouchement est impérieusement requise et, pour cette fin, la version, malgré ses énormes difficultés, est jugée l'opération la moins dangereuse ou la seule qui soit exécutable.

... Ce procédé consiste essentiellement :

1° A s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main, presque sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine ;

2° A prendre comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum ;

3° Enfin, à suivre, quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

D'après cette manière de faire, après avoir introduit sa main dans le vagin, l'accoucheur avance le tronc jusqu'au contact du coude qui opère ; puis, il appuie du corps, avec plus ou moins de force, sur la saillie de l'olécrâne et sur la face postérieure du bras. L'avant-bras, ainsi poussé au gré de l'opérateur, porte en quelque sorte mécaniquement la main dans l'utérus et la fait cheminer presque sans fatigue, à la recherche du siège. Dès que celui-ci est trouvé — ce qui d'ordinaire est beaucoup plus facile que d'atteindre un pied ou un jarret — on introduit un doigt dans le rectum, et à l'aide de ce doigt courbé en crochet, on tire avec continuité, soit sur le pubis, soit sur le sacrum, de manière à entraîner le bassin de l'enfant jusque dans l'excavation.

Pour effectuer cette traction, le doigt *medius* est celui que je préfère, comme étant doué de plus de force ; mais l'indicateur peut également servir au même office. La prise ainsi obtenue est tellement solide et l'application de la force si directe que les dif-

ficultés de l'évolution s'en trouvent considérablement atténuées. Le point d'appui que fournit le bassin du fœtus est, en effet, très-supérieur à celui que procure le pied. Le jarret lui-même donne une prise moins efficace, parce que la jambe, en se défléchissant, expose la main de l'opérateur à glisser comme si elle eût primitivement saisi le pied.

D'ailleurs, lorsque dès l'abord on a rencontré un pied et que les tractions faites sur lui n'ont abouti qu'à l'entraîner dans le vagin, on peut encore très-utilement mettre à profit le procédé que je recommande.

... *L'abaissement direct du siége peut être efficace de deux manières : soit que, pleinement exécuté, il constitue à lui seul la version proprement dite ; soit que, réalisé incomplètement, il permette de saisir avec fruit l'un des pieds, pour accomplir ensuite le temps d'évolution.*

Comme on voit, les avantages du procédé ano-pelvien sont de réelle importance. Sans parler du poids du tronc que l'opérateur met à profit pour la recherche des parties fœtales, on peut résumer ces avantages ainsi qu'il suit :

1° Le bassin du fœtus est généralement plus facile à trouver que les pieds ;

2° La prise que fournit au doigt l'arcade pubienne ou la pointe du sacrum est des plus solides et ne prête en rien au glissement;

3° Les tractions étant directes, la force depensée se trouve entièrement utilisée ;

4° Quel que soit le sens de ces tractions, vers la région dorsale ou abdominale du fœtus, l'évolution de ce dernier peut être effectuée ;

5° Enfin, lorsque par le procédé podalique l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée.

En préconisant le procédé ano-pelvien, mon but n'est, pas, on le pense bien, de condamner le procédé podalique, mais simplement de mettre en évidence une ressource nouvelle, ressource parfois si nécessaire que, sans elle, la version demeurerait impraticable ou serait incomparablement plus laborieuse.

Genu valgum. — Traitement dangereux.

Il a été souvent question du *genu valgum* à la Société de chirurgie et nous nous souvenons de la répugnance de la plupart des membres à accepter la méthode du redressement brusque des jambes malgré les bons résultats qu'on a mis sous leurs yeux.

Le journal de médecine d'Edimbourg nous fait connaître le nouveau traitement du Dr Ogeston, bien autrement dangereux

que celui du redressement brusque. Il ne s'agit de rien moins que de scier les condyles inférieurs.

Le malade a 18 ans, et la déformation a commencé à l'âge de 7 ans après une fièvre typhoïde pour s'exagérer ensuite de plus en plus.

Le patient étant chloroformé, son genou gauche fut fléchi autant que possible, la cuisse tournée en dehors. Un long et fort ténotome d'Adams fut introduit sous la peau à 3 pouces 1/2 au-dessus du condyle interne et assez profondément pour qu'on pût sentir la ligne de bifurcation interne de la ligne âpre du fémur. La lame fut ensuite dirigée en avant et en bas sur la face antérieure du fémur, le bord tranchant étant tourné du côté de l'os. Lorsqu'il put sentir la pointe sous la peau, au niveau de la gouttière verticale intercondylienne dans laquelle se loge la rotule pendant l'extension de la jambe, M. Ogeston pressa le ténotome sur l'os, puis divisa ainsi les parties molles et le périoste en retirant lentement son bistouri. La plaie cutanée avait moins de 1 centimètre de large, elle formait l'orifice d'un canal sous-cutané, dirigé obliquement sur la face antérieure du fémur et aboutissant à la cavité articulaire.

Le chirurgien prit alors la scie dont se sert Adams pour la division sous-cutanée du col du fémur, et, l'introduisant dans ce canal, il scia le condyle en allant d'avant en arrière. La jambe fut ensuite placée dans l'extension et l'opérateur redressa le genou en portant fortement en dedans la jambe du malade; il suffit pour cela d'une force modérée, on entendit un craquement et le membre redevint absolument droit comme à l'état normal; on pouvait même placer la jambe dans la position du genu valgum. Toute l'opération fut faite sous la vapeur phéniquée et pour le pansement on suivit exactement la méthode de Lister.

La réaction fut à peu près nulle. L'articulation, d'abord pleine de sang, ne devint ni chaude, ni tendue, et quelques jours après on pouvait retirer le pansement et commencer les mouvements.

Le 6 juin, l'autre genou fut opéré de la même manière avec le même résultat, et c'est le 21 juin qu'on enleva le pansement pour commencer les mouvements. Ceux-ci étaient complètement rétablis des deux côtés le 9 juillet, et moins de sept semaines et demie après l'opération du genou gauche, cinq semaines après celle du genou droit, le malade put se lever et marcher. Lorsqu'il partit le 31 juillet, il marchait parfaitement.

Au risque de passer pour craintif, nous n'oserions pas conseiller une semblable opération que nous croyons extrêmement dangereuse, tellement dangereuse que nous n'ajouterions pas foi à cette observation si elle n'était publiée par le journal d'Edimbourg.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale comprenant le résumé de toute la médecine et de toute la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, et un formulaire spécial pour chaque maladie; 3e édition très-augmentée, 1 fort volume de 1559-LIV pages, avec 907 figures intercalées dans le texte et 3 cartes. par M. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, etc., et M. DESPRÉS, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : broché, 25 fr.; cartonnè, 27 fr. 50; demi-reliure; 29 fr.

C'est une troisième édition que nous offrons à nos lecteurs, aussi pouvons-nous être sobre de compliments vis-à-vis du livre de MM. Bouchut et Després. Le public médical s'est chargé de cette tâche, ce qui certainement n'étonnera personne, car les livres du savant médecin de l'hôpital des Enfants ont eu tous un brillant succès, et les éditions s'en sont toutes succédé avec rapidité.

En publiant le *Dictionnaire de médecine et thérapeutique médicale et chirurgicale*, MM. Bouchut et Desprès ont rendu à tous les praticiens, un véritable service en condensant en un *seul* volume ce qu'on aurait eu de la peine à trouver dans la *plus vaste* des bibliothèques. Ce qui fait surtout le charme de cet ouvrage, c'est que le lecteur à tout sous la main et qu'il se sert de ce genre de livre dans les cas généralement pressés. Tous nos lecteurs ont lu, assurément, l'ouvrage de MM. Bouchut et Desprès; ils ont pu voir qu'il ne s'agit pas d'un Recueil de formules ou d'un traité de matière médicale, ni même d'un Traité de Thérapeutique. En appelant chaque maladie par ordre alphabétique, l'auteur, chirurgien ou médecin, selon l'espèce d'entité morbide qui vient se ranger à la suite de la précédente, décrit les divers procédés, les diverses médications, en les discutant, en les appréciant et finalement en donnant son avis afin de faciliter le choix du lecteur consultant.

Quant à nous personnellement, nous n'hésitons pas à le dire, le volume de MM. Bouchut et Després, nous paraît l'un des ouvrages les mieux conçus de notre époque. C'est en outre un livre qui manquait à la littérature médicale déjà si riche et précisément à cause de sa richesse. Il arrive un moment ou toute science, ou partie de science, devenue trop vaste par suite du développement qu'elle a pris, demande à être condensée et présentée à l'esprit du médecin sous une forme acceptable. Le suc-

cès toujours croissant du Dictionnaire de MM. Bouchut et Després est la meilleure preuve qu'on puisse donner de son utilité. C.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine. — *1er et 2e examen de doctorat.* — Après le 1er mai 1878, les élèves ne pourront plus subir le premier examen de doctorat.

Le 2e examen de doctorat ne pourra être subi après le 15 mai. Les ajournés de ces deux examens ne pourront se représenter qu'après les vacances.

On ne recevra les consignations pour les examens à la Faculté, que jusqu'au 30 mars pour le premier et jusqu'au 30 avril pour le second.

Faculté des sciences de Paris. — M. Johannès Chatin, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1877-78.

Il sera spécialement attaché à la chaire de zoologie, anatomie et physiologie comparée et prendra part aux examens.

Ecole pratique. — Cours libres.

Cours public sur les voies urinaires. — Le cours de M. Picard aura lieu dorénavant le lundi, le mercredi et le vendredi à 8 heures dans l'amphithéâtre n° 3.

Cours public d'anatomie. — M. le Dr Fort a repris son cours à 6 heures du soir dans l'amphithéâtre n° 3. Le cours a lieu le lundi, le mercredi et le vendredi.

Cours particulier d'anatomie. — M. Fort commencera un nouveau cours d'anatomie le lundi 14 janvier. Ce cours comprendra l'anatomie complète de la tête et du cou. On s'inscrit, pour ce cours, 21, rue Jacob.

— Dans les salles de chirurgie de l'hôpital Lariboisière, existe un homme de 33 ans qui s'est enfoncé, le 17 novembre 1877, une aiguille d'emballage de 12 centimètres de longueur, à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Cette aiguille s'est implantée dans la colonne vertébrale d'où elle a été extraite le lendemain. Le malade est guéri sans accidents et le 18 novembre le cas était communiqué à la Société de chirurgie. Il est probable que l'aiguille aura glissé entre deux anses intestinales et qu'elle n'aura blessé aucun vaisseau.

— M. Gillette a présenté, le 21 novembre, aux membres de la Société de chirurgie, un fragment de manche de pelle qu'un malade, entré dans son service, s'était introduit dans le rectum depuis cinq jours. Par le toucher rectal on reconnaissait la pré-

sence d'un corps dur et rugueux qui put être extrait à l'aide d'une tenette. C'était un fragment de manche de pelle ayant 22 *centimètres de longueur* et 4 de diamètre. Le malade a très-bien guéri.

— La *Gazette hebdomadaire* annonce une place de médecin dans une commune de l'Orne. S'adresser pour les renseignements à la vicomtesse Lepic, 12, rue Perronet, Paris.

Conférences à la Morgue. — M. le Dr Brouardel, vient d'être chargé des Conférences de médecine légale à la Morgue de Paris. Il a obtenu 13 voix sur 21 à la Faculté.

A propos de ces conférences, le doyen des journalistes médicaux, le plus mielleux et le plus malin de tous les médecins, prend à partie la Faculté parce qu'elle a institué des *conférences* et non un *cours complémentaire*. Notre vénérable confrère se plaint de l'ombre et du mystère dont la Faculté semble s'entourer, alors que tout vit par la publicité, alors qu'hommes et institutions, si élevés qu'ils soient, soumettent leurs actes à la publicité. Pourquoi s'expose-t-elle, dit-il, à des interprétations erronées et à des appréciations injustes? Voyons, illustre doyen et cher compatriote, laissez la Faculté en paix, laissez lui faire ses affaires comme elle l'entend et ne lui montrez pas à propos de tout et à propos de rien, l'embryon des Universités catholiques. Vous qui prétendez vous occuper des intérêts scientifiques, moraux et professionnels du corps médical, vous devriez bien dire à la Faculté qu'elle se montre parfaitement injuste et illogique dans la manière dont elle distribue les amphithéâtres aux membres de l'enseignement libre. — Du reste, nous reviendrons prochainement, nous-même, sur ce sujet.

Concours de l'externat. — 3e question : *Epistaxis, tamponnement des fosses nasales*; 4o *Traitement des ulcères de la jambe.* 5e *Entorse*; 6e *Accidents de la saignée.*

Concours des prix de l'internat. — Deuxième division (internes de 1re et 2e année). Voici quelles ont été les questions orales : Pathologie externe: *Plaies des articulations.* — *De l'anévrysme poplité.* Pathologie interne : *Signes et diagnostic de la péricardite.*

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes: *Médaille d'argent* : M. Gilles, interne à l'hôpital Saint-Louis. — *Accessit* : M. Saint-Ange, interne à la Pitié. — 1re *mention* : M. Bide, interne à l'hôpital des Enfants malades. — 2e *mention* : M. Routié, interne à l'Hôtel-Dieu.

Concours de l'internat. — Les questions orales ont commencé le 4 décembre. 1re question : *muqueuse linguale, angine diphthéritique.*

Cours de M. Dieulafoy. — Le cours de M. Dieulafoy commencera le 5 décembre à 5 heures, au lieu de 3 heures, à la Faculté.

Concours de l'internat en pharmacie. — Ce concours aura lieu le 14 janvier 1878. On s'inscrit du 10 au 29 décembre à l'Assistance publique.

La guillotine. — Il y a eu, le 1er décembre, 88 ans, dit M. Chéreau dans un journal médical, que Guillotin (le Dr Guillotin est né à Saintes en 1738) prononça à l'Assemblée nationale un important discours sur la réforme à apporter dans le Code pénal, et sur le mode le plus simple d'appliquer la peine de mort. Il y fait la description d'une *mécanique* propre à abattre rapidement une tête humaine ; et pour exprimer énergiquement l'action foudroyante de cette mécanique, il emprunte, pour ainsi dire, à César, son *veni, vidi, vici*, et s'écrie : « La mécanique tombe comme la foudre ; la tête vole ; le sang jaillit ; l'homme n'est plus. »

Si Bouillet ne nous trompe pas, le Dr Guillotin recommande simplement de rechercher un supplice prompt et uniforme. Le plan de cette machine lugubre, que le peuple appela *guillotine* et qui fonctionna pour la première fois le 25 avril 1792, fut arrêté par Ant. Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie, et un mécanicien nommé Schmidt. Ce fut Ant. Louis qui détermina le mode de supplice. (*Note de la rédaction renvoyée à M. Chéreau.*)

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre éminent confrère M. le Dr Barth, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre et ancien président de l'Académie de médecine, agrégé libre de la Faculté, membre du conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'association de médecine de la Seine, commandant de la Légion d'honneur, etc. Sa grande notoriété et la haute situation à laquelle était arrivé M. Barth comme praticien et médecin consultant nous dispensent de rappeler en ce moment par quels échelons et avec quels titres il y était arrivé. Sa vie scientifique sera honorée en temps opportun comme elle mérite de l'être. Mais, nous ne voudrions pas ajourner plus longtemps l'expression de l'hommage qui est dû à sa grande honorabilité, à la bienveillance de son caractère, à la bonté et à l'inépuisable charité de son cœur.

M. Barth est mort le 30 novembre, dans sa soixante-douzième année, il a succombé, croyons-nous, aux suites d'une fièvre intermittente de mauvais caractère qu'il avait contracté dans un voyage récent à Rome.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 29 novembre, on a constaté 883 décès, dont 674 à domicile et 209 dans les hôpitaux.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

La médication révulsive possède, depuis longtemps, des agents d'une puissance très-grande ; mais, jusqu'à ces dernières années, leur préparation, souvent grossière, mettait leur efficacité en défaut, ou donnait lieu quelquefois à des accidents fort graves. — Il n'en est plus de même aujourd'hui : le médecin peut, à son gré, se munir des meilleurs agents rubéfiants, vésicants ou caustiques, suivant les effets qu'il veut produire, et cela sans courir aucun des risques d'autrefois.

Notre intention n'est pas de rappeler ici tous les perfectionnements apportés par la pharmacie dans la médication révulsive ou substitutive, mais de nous occuper seulement d'une préparation vésicante nouvelle, destinée à rendre de grands services aux malades et aux médecins : nous avons nommé l'**Emplâtre argocystique,** ou plus simplement **Vésicatoire L. Rouvière**, *de Nîmes*.

Ce savant pharmacien-chimiste prépare une pâte débarrassée de tous les principes irritants de la cantharide, qui met, par conséquent, le malade à l'abri des accidents terribles dont la vessie est si fréquemment atteinte, à la suite d'applications multiples ou simples de vésicatoire ordinaire. — Un autre avantage immense du *Vésicatoire L. Rouvière*, est de ne point couler, par conséquent de ne jamais dépasser les limites qu'on lui assigne et de ne provoquer presque aucune douleur. — Ainsi, aucun retentissement sur les reins, la vessie et les organes génitaux ; de plus, abolition de la douleur. Le praticien est donc désormais en possession d'un emplâtre vésicant que le malade ne pourra plus refuser.

Nous avons vu appliquer et nous avons employé nous-même sur de nombreux malades ce vésicatoire, nous n'hésitons pas à nous prononcer en sa faveur. Aussi, chez des vieillards atteints de bronchite catarrhale, soumis à de fréquents accès de rétention d'urine, nous avons pu nous servir du *Vésicatoire L. Rouvière* et établir une large révulsion sur la poitrine, ce que nous n'aurions pu obtenir sans danger avec les autres vésicants, à cause des phénomènes qui, fatalement, se seraient produits du côté de la vessie. Sur les enfants, il agit avec une rapidité qui le rend très-précieux.

Les avantages du *Vésicatoire L. Rouvière* peuvent se résumer à ceux-ci : *vésication prompte et sûre, presque sans douleur et sans aucun retentissement sur les organes génitaux-urinaires*. Nous ne connaissons, jusqu'à ce jour, aucune préparation qui réunit des qualités aussi précieuses et pour le malade et pour le praticien.

Dr NIÉMEN.

18 Décembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 18 *Décembre* 1877.

— *Académie de médecine* (séance du 4 décembre). — Il n'y a pas eu de séance mardi dernier à l'Académie de médecine. M. Bouley a annoncé à ses collègues la perte douloureuse qu'ils venaient de faire de l'un de leurs membres les plus éminents, M. Barth, et, en même temps il a levé la séance en signe de deuil. Dans la séance du 11, l'Académie a entendu le discours ému et très-applaudi de M. Roger sur son ami Barth.

Académie des sciences (séance du 3 décembre). — M. Ranvier communique ses recherches sur la terminaison des nerfs dans les corpuscules du tact.

Société de chirurgie (séance du 5 décembre). — Plusieurs membres ont repris la question du traitement du Mal de Pott. Ils se sont presque tous déclarés partisans de l'*immobilité absolue et prolongée* dans cette maladie (Trélat, Verneuil). M. de Saint-Germain agit de la manière suivante : lorsque la gibbosité est située *au-dessous de la deuxième vertèbre dorsale*, il suffit d'immobiliser le tronc au moyen d'un corset à tuteurs latéraux et dorsaux. Quand elle est *au-dessus*, on maintient la région par une sorte de minerve qui suffit à limiter les mouvements. En tout cas, les procédés de massage ou de gymnastique, si légers qu'ils soient, devront être absolument interdits. En résumé : dans les cas de mal de Pott douloureux, immobilisation absolue jusqu'à cessation complète de la douleur; dans les cas de

mal de Pott sans phénomènes douloureux ou inflammatoires, immobilisation relative.

M. le Dr Chauvel, agrégé du Val-de-Grâce, informe la Société de chirurgie qu'un de ses malades, jeune homme de 22 ans, porte, depuis sept ans, sur la face interne du tibia gauche, une tuméfaction limitée, située à 9 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule, très-douloureuse spontanément dès que le soir arrive, un peu douloureuse aussi le jour, mais seulement à la pression. Il n'existe pas de traumatisme antérieur ni de syphilis. M. Chauvel, qui suit ce malade depuis longtemps et qui a épuisé en vain tous les traitements, pense qu'il s'agit ici d'une ostéite limitée, et demande s'il ne serait pas opportun d'appliquer une petite couronne de trépan.

A l'unanimité des membres présents, la Société répond par l'affirmative.

Nous avons traité plusieurs fois cette année du traitement des inflammations profondes des os par le trépan, nos lecteurs s'en souviendront sans doute et reconnaîtront que le malade de M. Chauvel est probablement *atteint d'abcès du tibia.*

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX.

Les localisations cérébrales. — 1° Un phthisique de 55 ans, entré dans le service de M. Hardy, à la Charité, s'était réveillé un matin avec un sentiment de faiblesse musculaire du bras droit. On constata une impotence presque complète de ce membre et un certain degré d'embarras de la parole. Aucune altération d'ailleurs dans l'intelligence. Ces symptômes ne firent qu'augmenter graduellement, et il s'y ajouta un malaise général et de la fièvre. La paralysie augmenta en étendue et en intensité, et cet homme finit par tomber dans le coma et succomba.

Cette monoplégie persistant du côté droit et augmentant d'intensité jusqu'à l'issue fatale, étant données les notions de physiologie qui localisent le siége du mouvement des membres supérieurs à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, fit penser qu'on trouverait en ce point la lésion cérébrale. C'est en effet ce qui eu lieu. On a trouvé les traces d'une

méningo-encéphalite dans le point désigné et, d'un autre côté, les lésions ordinaires de la phthisie.

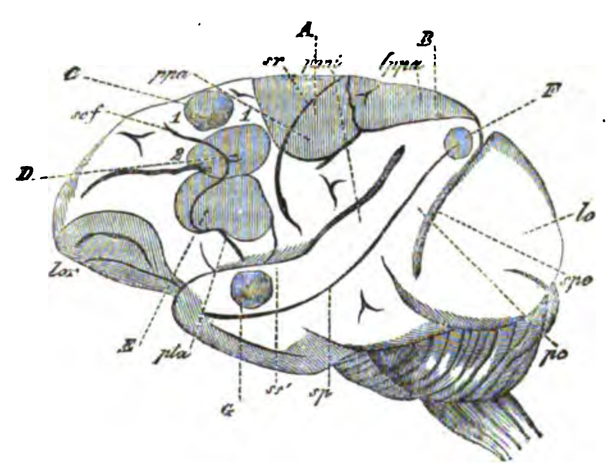


Fig. 1. — Face externe de l'hémisphère gauche du singe magot, d'après MM. Broca et Gromier.

Scissures. — *sr*, scissure de Rolando. — *ss'*, scissure de Sylvius. — *spo*, scissure perpendiculaire externe. — *sp*, scissure perpendiculaire.

Régions motrices (d'après Ferrier). — *A*. région motrice du membre supérieur. — *B*, du membre inférieur. — *C*, des mouvements de rotation de la tête et du cou. — *D*, des mouvements de la face. — *E*, des mouvements de la langue, des mâchoires, etc. — *F*, de certains mouvements des yeux. — *G*, des mouvements de l'oreille externe.

Nous renvoyons le lecteur qui désirerait étudier la question des localisations cérébrales aux n°s 9, 10, 11 et 12 de *Paris médical* où nous avons complètement étudié cette question aux points de vue anatomique, physiologique et pathologique.

— 2° Un autre phthisique du service de M. Hardy, 52 ans, meurt dans un état comateux qu'on attribue à un épanchement séreux du cerveau. Cet homme n'avait présenté aucun trouble de la sensibilité, ni du mouvement.

A l'autopsie, en outre des lésions de la phthisie, on trouva un ramollissement de la partie moyenne du lobe sphénoïdal du cerveau. On sait que cette région ne contient aucun centre moteur. L'absence de paralysie vient donc corroborer, d'une façon négative, les faits pathologiques qui ont porté à admettre l'existence des centres moteurs.

— 3° Un homme reçut un volet sur la tête le 2 février 1877. Il n'eut pas de perte de connaissance au moment de l'accident, mais le troisième jour il fut pris d'*aphasie complète* avec *mono-*

plégie du bras droit. Ces accidents disparurent rapidement et il put reprendre son travail.

Au mois de juin survinrent des céphalalgies épouvantables, pour lesquelles il entra à l'hôpital. Il n'avait alors ni aphasie ni paralysie, mais il portait sur le cuir chevelu une petite cicatrice située à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane. Il fut rapidement soulagé par l'iodure de potassium et quitta le service. Bientôt les accidents reparurent, avec une nouvelle crise *d'aphasie et de monoplégie brachiale droite* sans anesthésie, qui dura quinze jours. Mais la céphalalgie persistant, il rentra à l'hôpital au mois de septembre. A partir de ce moment, il ne présenta plus d'accidents, sauf un peu de faiblesse du bras droit. Mais il s'affaiblit peu à peu et mourut le 2 décembre dans le service de M. Tillaux. A l'autopsie on trouva une plaque de méningo-encéphalite de 7 centimètres de longueur sur 4 de largeur, avec adhérence des méninges à l'écorce cérébrale de toute la circonvolution de Broca (3e circonvolution frontale gauche). Cette plaque recouvrait un petit foyer purulent. Qu'aurait produit dans ce cas l'application d'une couronne de trépan? En présence d'accidents aussi fugitifs, où le chirurgien aurait-il dû la faire? Sur le point du crâne blessé primitivement, ou ailleurs? Les renseignements fournis par les accidents éprouvés étaient trop vagues, selon M. Tillaux, pour lui permettre de prendre une décision.

Plusieurs membres de la Société de Chirurgie, à qui cette observation a été communiquée, M. Lucas-Championnière entre autres, n'auraient pas hésité à trépaner, et nous sommes absolument du même avis, comme le seront, sans aucun doute, tous ceux qui auront présents à l'esprit les observations si curieuses et si intéressantes de MM. Broca, Lucas-Championnière, Terrillon, etc., contenues dans les articles cités plus haut.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

La thoracentèse peut-elle transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente? Par le Dr Dieulafoy, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

La transformation d'un liquide séreux en liquide purulent est certainement une des plus graves accusations qui aient été portées contre la thoracentèse ; pourquoi, dit-on, exposer aux mauvaises chances de la suppuration un malade chez lequel la pleurésie se serait sans doute spontanément résorbée, et pourquoi

encourir une telle responsabilité ? Cette opinion, soutenue avec talent et conviction, est basée sur des faits qui ne sont pas assez rares pour que chacun de nous n'en ait observé ; un malade se présente avec un fort épanchement, on fait la ponction, et on retire 1200 ou 1500 grammes d'un liquide citrin, qui n'est ni louche ni suspect, et qui paraît à première vue du meilleur aloi ; quinze jours, trois semaines se passent, le liquide se reproduit ; on pratique une nouvelle ponction, mais cette fois on trouve un liquide purulent ou en voie de purulence, et on accuse la thoracentèse de ce méfait. Trousseau s'était élevé bien fort contre cette accusation renouvelée de Stokes et de Watson ; MM. Potain, Moutard-Martin et d'autres maîtres dont l'opinion est du plus grand poids partagent les convictions de Trousseau ; M. Vergely, dans le cours d'une discussion soulevée à la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, a supérieurement défendu les mêmes idées ; mais l'accusation portée contre la thoracentèse n'en persiste pas moins, et les preuves accumulées pour sa défense n'ont pas toujours paru suffisantes.

En fait, les conditions étiologiques de la pleurésie purulente sont inconnues ; nous savons bien que certains états pathologiques, la rougeole, la scarlatine, l'état puerpéral, prédisposent à la purulence des séreuses ; nous savons également que la tuberculose pleuro-pulmonaire est accompagnée, plus rarement toutefois qu'on ne l'avait supposé, d'épanchement purulent ; mais quand il s'agit de pénétrer dans le processus intime de la purulence, nos connaissances sont fort limitées. Je m'étais demandé si, en étudiant histologiquement les liquides de la plèvre *aux différentes périodes de leur évolution*, on n'arriverait pas à surprendre leur formation ou leur transformation, et voici ce qu'un examen bien souvent répété m'a démontré.

Le liquide de la pleurésie aiguë, même la plus simple et la plus franche, contient au minimum de 500 à 600 globules rouges par millimètre cube, tandis que les globules blancs sont quinze ou vingt fois moins nombreux ; on trouve parfois 1500, 2000, 3000 globules rouges par millimètre cube sans que la coloration du liquide soit sensiblement modifiée, de sorte qu'un liquide de la plèvre ne prend une coloration rosée et n'attire vraiment l'attention que lorsqu'il contient de 5 à 6000 globules rouges par millimètre cube.

Cette accumulation de globules rouges dans le liquide pleural n'est pas causée par le traumatisme opératoire ; voici, en effet, comment j'ai toujours procédé : l'aiguille aspiratrice n° 2 étant introduite dans l'espace intercostal désigné, je commence par retirer 200 ou 300 grammes de liquide, afin de balayer les globules qui auraient pu s'accumuler dans l'aiguille pendant son

passage à travers les tissus ; et c'est alors qu'une goutte du liquide pleural est soumise à l'examen, la numération des globules n'étant faite que deux ou trois minutes plus tard, afin de laisser aux globules le temps de se placer.

Ces observations, souvent reprises, me permettent de croire que tout épanchement aigu qui ne contient que 500 à 2000 globules rouges par millimètre cube est une pleurésie simple qui n'a aucune tendance à la suppuration, tandis que les chiffres élevés de 3000, 4000 et 5000 globules rouges par millimètre cube indiquent presque toujours la future purulence du liquide pleural. En d'autres termes, je crois que la pleurésie purulente commence par être d'abord une pleurésie *histologiquement hémorrhagique*, et la plèvre suit en cela la loi générale qui régit les phlegmasies franches des organes et des tissus ; bientôt elle aboutit à la période de purulence. Ainsi, dans la pneumonie, l'hépatisation grise est toujours précédée par l'hépatisation rouge et par l'engouement ; le panaris et le phlegmon n'aboutissent à la suppuration qu'après une période congestive ; il en est de même pour la pleurésie ; elle a, elle aussi, comme la pneumonie, sa période d'engouement qu'elle ne dépasse pas en général, auquel cas le liquide ne contient qu'un petit nombre de globules rouges ; mais si cette période doit être suivie de suppuration, la violence de l'hyperémie se traduit par le chiffre élevé des globules rouges dans le liquide.

Quelle est la durée de cette période initiale et à quel moment commence la purulence ? Je ne saurais le dire, mes observations à ce sujet n'étant pas assez nombreuses.

Je pense donc que dès son début une pleurésie aiguë est destinée à être ou à n'être pas purulente ; si on la ponctionne à la première phase de son évolution, et si l'on se contente d'un examen superficiel du liquide, on croit avoir affaire à un épanchement de bonne nature qui paraît transparent et citrin, tandis qu'il est déjà hémorrhagique et qu'il sera purulent dans quinze jours ; et alors, si l'on ponctionne de nouveau à ce moment, on accuse à tort la thoracentèse d'avoir transformé en pus un liquide séreux sans voir qu'on a tout simplement ponctionné la pleurésie aux *deux phases de son évolution*, la thoracentèse n'ayant rien de commun avec cette transformation.

Je ne crois donc pas à la transformation purulente d'un liquide sous l'influence d'une ponction aspiratrice. Je ne parle pas des cas, et il en existe, où la ponction a été faite avec des aiguilles sales, mal nettoyées, et ayant servi à vider peu de temps avant quelque collection purulente ; mais je parle de la thoracentèse pratiquée dans de bonnes conditions, et celle-là,

j'en ai la conviction, est absolument innocente de la transformation purulente des liquides pleuraux.

En décrivant l'évolution de la pleurésie purulente et ses deux phases, je n'ai pas eu l'intention d'exclure la pleurésie purulente *d'emblée*; mais cette dernière forme me paraît indépendante de la pleurésie aiguë primitive et ne se rencontre, je crois, que dans les pleurésies secondaires.

Quant au liquide plus ou moins hématique qui caractérise la première période de la pleurésie purulente, on a vu que je l'ai dénommé *histologiquement hémorrhagique*, pour le distinguer des pleurésies *franchement hémorrhagiques* (plaies, cancer, hématome de la plèvre), qui, elles, persistent à l'état hémorrhagique et peuvent parfois, après une ou plusieurs ponctions, guérir sans tourner à la purulence; néanmoins il est des pleurésies purulentes légitimes qui commencent par être, non pas histologiquement, mais franchement hémorrhagiques, et j'en pourrais citer trois observations toutes récentes: l'une chez un malade auprès duquel j'ai été appelé par M. le docteur Baret; une autre chez un malade du service de M. le docteur d'Heilly, et une troisième chez un malade de M. le docteur Straus.

Sur un mode d'administration des médicaments à saveur désagréable, par le Dr Fort.

Nos lecteurs savent que *Paris médical* veut être un journal éminemment pratique. Nous ferons tout pour lui conserver ce caractère. Aussi croyons-nous utile de placer de temps à autre, à côté des questions de diagnostic et de traitement un mot opportun sur la pharmacologie, l'art de formuler, etc.

Aujourd'hui l'habitude, la mode, si l'on aime mieux, est d'administrer les médicaments, principalement ceux à saveur désagréable, sous forme de dragées et surtout sous forme de capsules. En un mot, on enrobe le médicament pour en masquer le goût. Est-ce bon? Est-ce mauvais?

Méthode de l'enrobage. — En principe, la méthode de l'enrobage est une excellente chose, parce qu'il se fait avec des substances solubles dans les liquides du tube digestif et des boissons, et que le médicament est porté dans l'estomac et dans le torrent circulatoire, sans avoir provoqué le moindre dégoût.

Inconvénients de l'enveloppe gélatineuse. — Cependant la capsulation des médicaments, telle qu'on la pratique souvent, n'est pas exempte de sérieux inconvénients. La gélatine, ou la gomme, qui forme l'enveloppe, se crève et se dissout presque aussitôt dans l'estomac, et le contenu, mis en liberté, provoque des éruc-

tations, des renvois en un mot, des plus désagréables, et fort inutiles assurément, puisqu'il est démontré que les substances ingérées sont absorbées par l'intestin grêle et non par l'estomac. Chacun, en ingérant une de ces perles si répandues dans les officines, a pu se rendre compte des graves inconvénients que nous signalons.

Procédé préférable. — Il existe un procédé d'enrobage qui n'est certes pas nouveau, mais sur les avantages duquel nous désirons attirer l'attention des praticiens, qui, selon nous, ne s'en rendent généralement pas un compte bien exact. Nous voulons parler du procédé que Raquin inventa, il y a près d'un demi-siècle, pour introduire dans le tube digestif des médicaments tels que le copahu, l'extrait de cubèbe, le goudron, la térébenthine, etc.

En quoi il consiste. — Dans ce procédé l'enveloppe gélatineuse est remplacée par une mince couche de gluten, substance azotée infiniment moins soluble que la gélatine.

Ses avantages. — Les avantages de l'enveloppe de gluten ont été appréciés avant nous. MM. Boullay, Planche, Cullerier, Gueneau de Mussy, composant une commission nommée par l'Académie de médecine pour étudier le nouveau procédé de M. *Raquin*, firent connaître leur opinion dans un rapport lu dans *la* séance du 27 juin 1837. Les capsules de Raquin, disait *le* rapporteur, ne causent dans l'estomac aucune sensation désagréable, elles n'ont jamais produit de renvois, contrairement aux capsules à enveloppe gélatineuse, dans tous les essais qui ont été tentés. Aujourd'hui nous ne pouvons que répéter ces affirmations, ce dont on peut se convaincre en ingérant une capsule de goudron, de copahu titré, etc., telles qu'elles sont préparées par Raquin.

Comment expliquer cette supériorité? — La coque de gluten, qui constitue la capsule, n'est nullement altérée par la salive et ne se rompt pas dans l'estomac. Elle s'y dissout lentement, et forme ainsi, pendant la digestion stomacale, une sorte de vernis isolant autour de la substance médicamenteuse. Il est dit dans le rapport de l'Académie de médecine que c'est seulement dans l'intestin que le médicament est mis à nu. Il y est dit aussi que l'enveloppe de gluten reste longtemps inperméable. C'est également notre avis, et voilà précisément ce qui est favorable à l'action du médicament, et ce qui nous fait dire : la couche de gluten est une *enveloppe physiologique*. En effet, cette enveloppe ne se dissolvant que dans le duodénum, au contact de la bile, le contenu se mêle au liquide biliaire et au suc pancréatique qui en élaborent les parties élémentaires et les préparent à être absorbées par les villosités intestinales.

Conclusion. — En résumé, le procédé de capsulation au glu-

ten, imaginé par Raquin, se distingue des autres procédés, en ce qu'il satisfait à cette double indication, 1° de masquer la saveur et l'odeur désagréable des médicaments ; 2° de protéger la muqueuse de l'estomac contre leur contact irritant. Aussi nous engageons nos lecteurs à se bien pénétrer de l'utilité de la *robe de gluten*, persuadé d'avance qu'ils en apprécient les avantages.

Anévrysme poplité guéri par la bande d'Esmarck.

Ce n'est pas la première fois que nous signalons, dans *Paris medical*, un cas d'anévrysme guéri par la bande d'Esmarck.

La courte observation qui suit est des plus intéressantes. Elle a été publiée par *Andalucia medica*, 1877, n_o 10.

Le malade, âgé de 63 ans, sentit un jour, en voulant se redresser, une certaine roideur et une très-grande difficulté dans les mouvements du genou gauche. La douleur était violente et siégeait à la partie postérieure de l'articulation. Elle persista pendant la nuit, et, le lendemain matin, en se levant, il constata dans la région poplitée une tumeur qui ne se montra douloureuse que par intervalles. Au bout d'un mois, cette tumeur avait augmenté de volume ; elle était lisse, élastique et présentait des battements. Elle mesurait 15 centimètres de long sur 12 ou 14 de large. Les veines superficielles de la jambe étaient extrêmement dilatées ; on ne pouvait sentir les pulsations des artères tibiales antérieure et postérieure. Après avoir calmé les douleurs aiguës avec la morphine, M. Tyriel se décida à appliquer le bandage d'Esmarck, depuis le dos du pied jusqu'au-dessus de l'anévrysme, n'exerçant en ce point qu'une légère compression pour ne pas agir trop fortement sur les veines. Le malade accusa de grandes douleurs ; cependant il supporta bien le bandage. Au bout de cinquante minutes, la bande fut enlevée ; mais par précaution, on fit pendant deux heures, sur la tumeur même, la compression digitale et, pour la nuit, on appliqua un compresseur.

Le lendemain, les douleurs avaient disparu, la tumeur se solidifiait et tout allait bien ; l'artère tibiale antérieure présentait ses battements normaux. Quelques jours après, le malade quittait l'hôpital, complétement guéri.

Analgésique offrant les avantages de la morphine sans en avoir les inconvénients.

Il serait superflu de décrire les inconvénients attribués, avec raison, à l'usage de la morphine et qui ont été décrits, dans ces derniers temps principalement, sous le nom de *morphinisme aigu ou chronique*. M. le Dr Ernest Besnier propose de remplacer les injections sous-cutanées de morphine par celles de chloroforme, ce liquide étant destiné à produire, non l'anesthésie comme on pourrait le penser, mais l'*analgésie*, au même titre, dans les mêmes conditions et de la même façon que la morphine.

Nos lecteurs ne méconnaîtront pas tout l'intérêt pratique qui se rattache à cette importante question sur laquelle M. Besnier vient d'appeler l'attention de la *Société de Thérapeutique* (séance du 14 novembre).

En opérant bien, avec des aiguilles fines, bonnes et propres, menées *là où il faut*, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire sous-cutané et *non ailleurs* ; en se servant de chloroforme pur, on n'a pas le moindre accident local — pas même de douleur par le fait de l'injection du chloroforme. Jusqu'à démonstration contraire, M. Besnier pense que la production des eschares dépend soit de la nature du chloroforme employé, — soit des instruments mis en usage — soit du lieu anatomique de l'injection. « Combien de malades, dit M. Besnier, sont encore privés du bénéfice de l'injection sous-cutanée anesthésique, dans la crainte des accidents, même les plus légers, du morphinisme aigu ! Ce serait pour moi, si je ne me suis pas fait illusion, une bien vive satisfaction d'avoir contribué à multiplier encore les bienfaits si considérables que l'on doit à l'emploi des injections sous-cutanées anesthésiques. »

Manuel opératoire. — M. Besnier insiste sur le procédé opératoire des injections. L'injection doit être pratiquée en deux temps ; d'abord l'introduction de l'aiguille séparée de la seringue, et ensuite l'adaptation de la seringue et l'injection. Pour être sûr de ne pas avoir pénétré dans une veine et ne pas être exposé à produire de graves accidents par l'injection dans le système sanguin directement, il faut absolument introduire la canule aiguille seule, laquelle donnerait immédiatement issue à une gouttelette sanguine si elle avait pénétré dans un vaisseau. De plus, pour être certain de ne pas produire une phlegmasie locale ni de point douloureux persistant au niveau de la piqûre, il faut que l'injnction soit toujours faite dans le couche cellulo-adipeuse sous-cutanée qui possède une faculté d'absorption extrêmement active. Nous reviendrons avec plus de détails sur ce sujet dans un des prochains numéros.

De l'emploi thérapeutique de l'arséniate d'or

Par le Dr A. Chambard (1).

Le temps est aujourd'hui passé où l'emploi de l'arsenic était regardé comme une témérité et nous n'avons pas besoin d'énumérer la liste des savants illustres qui ont contribué à remettre cette médication, qui remonte au premier temps de la médecine, au rang qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'occuper.

Ce que ces savants ont fait pour l'arsenic et les arséniates, le professeur Chrestien le fit pour l'or et ses composés. Il se livra à une étude consciencieuse de leurs propriétés et les appliqua au traitement de la syphilis, de la phthisie et des manifestations scrofuleuses; mais ce grand praticien fut frappé bientôt d'un fait important: ayant traité alternativement des phthisiques avec le muriate d'or et l'arsenic, il en découvrit immédiatement la similitude d'action, « l'un et l'autre, dit-il, passant par les urines, augmentant les sueurs, animant et exitant les solides, rendant le pouls plus fréquent et plus soutenu. » Une semblable analogie d'action amenait nécessairement à l'idée une analogie d'indications thérapeutiques, et devait pousser les esprits vers une combinaison de ces deux substances synergiques.

C'est tout d'abord en France que se firent les premiers essais; ils sont dus au Dr Massart dont les remarquables travaux furent successivement couronnés par les Sociétés de médecine de Lyon et de Toulouse. Le Dr Massart administra d'abord l'arséniate d'or dans le cancer et la phthisie.

L'usage de l'arsenic dans la première de ces affections date de loin, mais nul plus que Dupuytren n'a montré les immenses avantages qu'on en pouvait retirer. Tout récemment encore, au Congrès des chirurgiens allemands, le professeur Esmarch a rapporté deux observations réellement remarquables où l'emploi de la substance qui nous occupe était venu suspendre les effets de cette terrible maladie à un moment où il était devenu impossible au chirurgien de songer à une intervention active. Dans le cancer, l'arséniate d'or agit comme un véritable fondant et de nombreuses observations en montrent l'influence bienfaisante.

---

(1) On a constaté la possibilité de préparer le sel d'*arséniate d'or*. Cette opinion provenant de ce que la préparation a été mal étudiée par suite de difficultés spéciales, est absolument erronée.

Quel que soit le peu d'affinité de l'or pour l'oxygène, les combinaisons salines de ce métal ne font pas aux lois de Bertholet une exception unique qui serait, par cela même, incompréhensible.

Dans les essais faits antérieurement par divers chimistes, on n'avait obtenu qu'un sel pâteux retenant un excès de chlorure d'or très-acide. Par suite, la masse pilulaire devenait très-promptement hydrométrique et les granules ne se conservaient pas. L'Arseniate d'or préparé par A. Gelin, pharmacien, selon la formule du Dr Addison se présente sous la forme d'une poudre jaune insoluble dans l'eau et se conservant indéfiniment.

Dans la phthisie pulmonaire le Dr Massart, qui avait tout d'abord essayé l'arséniate de soude, remarqua avec juste raison que, quelque soit d'ailleurs le sel employé, et en admettant même qu'on arrive à porter les doses jusqu'à 2 centigrammes, chiffre énorme, on n'avait rien à attendre de l'influence de la soude ou de tout autre élément combiné avec l'arsenic. Il n'en est plus de même avec l'arséniate d'or. Sous un petit volume, le praticien a à sa disposition deux substances actives synergiques dans leur action, et qui, tout en s'adressant directement à l'élément morbide lui-même, contribuent encore par leur action sur l'organisme tout entier à relever les forces du malade en lui permettant de réagir contre la cause qui le tue.

Les résultats obtenus par le Dr Massart furent bientôt confirmés à l'étranger : en Italie et en Amérique. Les maladies qui sont sous la dépendance de la scrofule comme le lupus, par exemple, toujours difficilement curable, sont améliorées rapidement, puis guéries par l'arséniate d'or.

La première action qui se manifeste après l'ingestion du médicament est une augmentation rapide de l'apétit. Comme l'avaient déjà remarqué Harless, Biett et Cazenave, les contractions péristaltiques de l'estomac et de l'intestin sont excitées ; dès lors l'absorption se fait avec une plus grande rapidité. Aussi dans les différentes variétés d'anémie et de chlorose, l'arséniate d'or est-il souvent plus utile que le fer lui-même. On sait, du reste, que certaines fièvres rebelles au quinquina cèdent à la médication arsenicale.

L'arséniate d'or serait donc un altérant ; mais non plus dans l'ancienne acception du mot. C'est une substance qui intéresse directement la nutrition des éléments anatomiques. Comme le disaient Petit, et tout récemment encore M. le professeur Gubler à propos des alcalins, ce type des médicaments altérants, la chlorose et l'anémie sont presque de toutes maladies celles qui sont le plus distinctement influencées par l'administration des médicaments altérants.

Pour nous résumer, nous dirons que l'arséniate d'or réalise, dans une heureuse association, deux médicaments d'une activité incontestable et d'une action synergique, qu'il offre au praticien une ressource précieuse dans le traitement du cancer et de la phthisie, qu'il convient admirablement aux différentes formes d'anémie et surtout à la chlorose, et enfin que c'est un véritable spécifique des affections scrofuleuses, telles que le lupus. Nous ne saurions donc trop engager nos confrères à expérimenter ce précieux médicament.

Les résultats merveilleux de l'ergotine contre la métrorrhagie.

Dans le nº 22 de *Paris médical* (1875) et dans le nº 18 (1877) nous avons cité des observations très-remarquables dans lesquelles il était démontré que les injections sous-cutanées d'ergotine guérissaient radicalement certaines métrorrhagies.

La première des observations que nous rapportons est celle de M. Terrier qui arrêta en quinze jours une métrorrhagie produite par une tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme arrivée au dernier degré du marasme. La dose d'ergotine était de 0,10.

Les deux autres observations appartiennent à un médecin italien, Stefano Tolini, qui a employé de 80 centigrammes à 1 gramme d'ergotine par jour.

Hildebrand emploie la solution suivante dans les cas de métrorrhagies produites par les myômes ou tumeurs fibreuses de l'utérus : Eau, 13 gr., glycérine, 2 gr., ergotine, 3 gr.

M. Moutard-Martin formule ainsi la solution dont il se sert : Glycérine, 15; eau, 15; ergotine, 2. — M. Dujardin-Beaumetz, médecin à l'hôpital Saint-Antoine : Eau, 8 gr. 20; ergotine, 1 gr. 20. — M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin : Glycérine, 30 gr.; ergotine, 2.

Si nous avons cité plusieurs formules, c'est pour bien montrer qu'il n'est pas très-important de s'en tenir à une formule unique et qu'il suffit d'injecter sous la peau un peu d'ergotine pour se rendre maître d'une métrorrhagie. Dans l'observation de M. Terrier, 2 grains ont suffi ; dans celle de M. Tolini il a fallu employer 20 grains.

M. Constantin Paul, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a communiqué le résultat de 13 observations personnelles à la *Société de Thérapeutique* dans sa séance du 10 octobre 1877.

Dans tous les cas (il s'agissait de métrorrhagies produites par des cancroïdes de l'utérus ou causées par des avortements) il a injecté 66 milligrammes d'ergotine en se servant de la solution de M. Moutard-Martin. Chaque fois, 66 milligrammes ont suffi pour arrêter l'écoulement sanguin dans un espace de temps qui varie de 5 à 10 minutes.

Voilà des observations concluantes. Nous engageons ceux de nos confrères qui se trouvent en face de métrorrhagies à user de ce moyen dont les résultats sont vraiment merveilleux.

L'ergot de seigle agit avec moins d'efficacité, avec beaucoup plus de lenteur et son emploi n'est pas exempt d'inconvénient. C'est à l'ergotine de Bonjean que le praticien doit avoir recours.

— *Cas dans lesquels les injections sous-cutanées d'ergotine sont les*

plus efficaces. — Plusieurs membres de la *Société de médecine pratique de Paris* apportant le fruit de leur expérience ont précisé les cas dans lesquels ces injections sont vraiment souveraines.

Selon M. Blondeau et M. Polaillon, le médicament en question possède une incomparable efficacité *toutes les fois que l'utérus est dans un état de gravidité quelconque*, normale ou pathologique, comme lorsqu'il renferme des myomes et que ses fibres musculaires sont hypertrophiées.

Dans le cancer ou la métrite, où cette condition fait défaut, l'action du médicament est nulle. Cette opinion nous paraît un peu exclusive après avoir lu les observations de M. C. Paul. Nous avons déjà donné la formule de la solution à employer, nous ne pouvons y revenir.

— *Autre moyen recommandé par Delasiauve contre la métrorrhagie.* — M. Delasiauve assure qu'il fait cesser ces hémorrhagies en administrant au malade une potion contenant 15 à 20 centigrammes de tannin, et qu'on renouvelle tous les jours jusqu'à cessation de l'écoulement sanguin Nous croyons ce médicament très-inférieur à l'ergotine.

DIVERS

Psoriasis généralisé guéri en six jours par l'enveloppement de caoutchouc vulcanisé. — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, de New-York, affecté de psoriasis depuis l'âge de 14 ans, et ayant eu, en tout, quatre attaques distinctes de sa maladie.

Au moment du nouveau traitement, le malade est recouvert presque complètement de plaques de psoriasis. La tête, le front et les sourcils sont complètement envahis par des squames épaisses, nacrées, traversées par des fissures profondes, et çà et là par des crevasses douloureuses et saignantes. L'éruption se présente sous forme de larges plaques sur les faces antérieure et postérieure du tronc et sur les membres inférieurs, mais elle est comparativement rare sur les bras.

Sept jours après son entrée, le Dr Balsamo Squire lui fit porter, sur la peau, un vêtement complet de caoutchouc se composant d'une chemise et d'un caleçon; il le conserva nuit et jour pendant six jours; à la fin de ce temps l'éruption avait complètement disparu sur le tronc et les membres, c'est-à-dire sur les parties qui avaient été recouvertes de caoutchouc. Trois semaines après son entrée, il commença à porter un bonnet en caoutchouc vulcanisé qu'on tirait sur les sourcils le soir et les nuits, et dans le jour lorsqu'il restait à la chambre.

Il conserva le bonnet pendant sept semaines. Le 24 avril (environ 4 jours après l'emploi du bonnet) on appliqua de la

vaseline sur la tête toutes les fois qu'on enlevait le bonnet, c'est-à-dire la plus grande partie de la journée; on continua ainsi pendant trois semaines.

Le 26 mai, toute trace d'éruption a disparu, excepté quelques plaques, sur la partie postérieure du cuir chevelu. (*Ann. de Dermatol. et de Syphilographie*, Tome VIII, n. 5, p. 382.)

Heureux effets de la ligature des cuisses dans les épistaxis rebelles aux traitements ordinaires, communiquée par M. Blondeau à la *Société de médecine pratique* (séance du 13 octobre 1877). Un malade, goutteux, avait perdu déjà deux litres de sang, et avait eu une syncope, à la suite de laquelle l'hémorrhagie s'était arrêtée. Cependant, huit jours plus tard, une nouvelle hémorrhagie nasale se produisit et le malade avait même avalé déjà beaucoup de sang quand le médecin arriva. N'ayant pas de sonde de Belloc à sa disposition pour pratiquer un tamponnement méthodiquement, il fit usage d'injections à l'eau froide, additionnée de perchlorure de fer; puis, en face de leur inefficacité, il tenta l'application d'un ruban de fil, étroitement serré autour de la partie moyenne de la cuisse. Aussitôt après, il eut la satisfaction de voir l'hémorrhagie nasale s'arrêter rapidement. Le lendemain l'écoulement de sang n'ayant pas reparu, le lien fut enlevé, et, peu de temps après l'hémorrhagie reparaissait. Une nouvelle application fut, comme la première fois, promptement suivie d'un heureux résultat ; et puis, le lien ayant été de nouveau enlevé, le sang revint encore, jusqu'à ce que, finalement, après une série de plusieurs de ces alternances, l'hémorrhagie cessât complétement.

M. de Beauvais a vu employer avec succès le même moyen qui lui paraît agir à la manière de la ventouse Junod.

Efficacité de l'ergotine contre l'hémorrhagie vésicale.— M. Reliquet signale à la *Société de médecine pratique de Paris* les excellents effets qu'il retire de l'ergotine dans le traitement des hémorrhagies de la vessie. M. Reliquet est tellement persuadé de son efficacité, de sa quasi-infaillibilité, qu'il n'hésite pas à recommander le moyen à ses confrères.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Bourses dans les Facultés. — Des bourses entretenues par l'Etat viennent d'être instituées dans les Facultés. Ces bourses sont de deux ordres : les bourses de licence ; les bourses de doctorat ou de pharmacien de première classe. Elles ne pourront être don-

nées qu'au concours. Pour les bourses du doctorat en médecine, l'épreuve portera sur l'anatomie animale ou végétale.

La durée des bourses de médecine sera de quatre ans, celle des bourses de pharmacie de trois ans.

Simple histoire. — Le 5 courant, à dix heures du soir, le Dr A... est appelé rue G. A son arrivée, il trouve Mme X... qui trépassait sous le coup d'une métropéritonite provoquée par un avortement. — Quant à celui-ci, a-t-il été oui ou non provoqué? Il aurait fallu une autopsie, et elle aurait été d'autant plus nécessaire que la malade avait été tout le temps de sa maladie soignée et médicamentée par un pharmacien qui, selon toute probabilité, ne doit pas avoir même le brevet d'une accoucheuse jurée. — Le Dr A... fit toutes ses réserves sur son certificat de décès, mais il se crut obligé de le délivrer néanmoins, et, me racontant son histoire, je fis cette conclusion à la gloire du Code français : Les moineaux, les lièvres et les lapins ont plus de chance que les humains, la loi les défend au moins contre les maléfices du braconnier.

Lyon médical qui raconte cette simple histoire nous semble un peu virulent à l'endroit des pharmaciens qui, au moins à Paris, s'occupent peu de ces pratiques scandaleuses. Ce que nous retenons de cet entrefilet, c'est qu'on obtient trop difficilement de faire des autopsies. Plus d'un confrère, en nous lisant, se rappellera un ou plusieurs cas dans lesquels il aurait réclamé une autopsie s'il avait cru pouvoir l'obtenir. Pour mon compte, j'en connais plusieurs exemples dont quelques-uns sont formidables.

Concours de l'internat. — 2e question orale : *muqueuse de l'estomac, cancer du pylore*; 3e *Grand épiploon, péritonite tuberculeuse.*

Concours de l'externat. — 7e question de pathologie et petite chirurgie : *Signes des fractures*; 8e *Brulûres*; 9e *Phlegmon circonscrit.*

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 13 décembre 1877, on a constaté 946 décès, dont 680 à domicile et 266 dans les hôpitaux. Il ne règne pas, en ce moment, d'épidémie à Paris, sur le chiffre de mortalité que nous indiquons, il y a 58 cas de croup ou d'angines couenneuses, nombre assez considérable, 38 cas de bronchites et 66 de pneumonie.

Voir aux annonces : eau d'Orezza.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

MÉDICATION SALICYLIQUE

Les préparations salicyliques n'obtiennent pas toujours les résultats qu'en attendent les médecins qui les prescrivent. Ces insuccès sont dus pour la plupart, à la forme sous laquelle on administre le médicament. Si on veut bien se rappeler le mémoire à l'Académie, les solutions légèrement alcoolisées sont spécialement préconisées par M. Sée, et, dès lors, les Elixirs de Salicylate de soude et de Salicylate de Lithine préparés par M. FREYSSINGE nous semble les préparations devant donner les meilleurs résultats.

SALICYLATES	DE SOUDE (RHUMATISMES) / DE LITHINE GOUTTE, GRAVELLE	ELIXIRS / PILULES	1 gr. p. cuiller / 20 cent. p. pilule

FREYSSINGE, Ph^{en}, 97, r. de Rennes — PARIS.

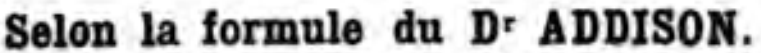
Les Elixirs légèrement alcoolisés sont recommandés dans le rapport à l'Académie.



GRANULES

D'ARSÉNIATE D'OR


DYNAMISÉ


Selon la formule du Dr ADDISON.

L'arséniate d'or est dynamisé et les granules sont préparées selon la formule du docteur Addison, grâce à un procédé qui ne permet pas d'erreur dans le dosage, par M. Gélin, pharmacien de 1re classe, 38, rue Rochechouart, à Paris.

D'après le dosage Bouchardat, l'Arséniate d'or du Dr ADDISON pourrait être administré à la dose de 6, 7 et 8 centig. sans danger aucun. Les granules sont fractionnées par milligramme et sont, par suite, d'une administration sûre et facile. Il ne peut y avoir de dosage rigoureux qu'avec des granules préparées au moyen de la dynamisation,

Des expériences ont été faites avec le plus grand soin par **M. le docteur ADDISON,** *sur l'effet de la dynamisation appliquée aux Médicaments. Il est facile de s'expliquer comment une petite dose dynamisée produit sur l'organisme plus d'effet utile qu'une dose massive. La division à l'infini des molécules qui composent une substance la rend complètement assimilable et développe toutes ses propriétés. Ainsi, il faut ordinairement de 10 à 15 centigrammes d'émétique pour faire vomir; si on prend 1 centigramme de la même substance, et qu'on le dynamise avec 1 gramme de poudre de sucre, on obtiendra des vomissements plus considérables qu'avec 15 centigrammes non dynamisés.*

Le flacon de 60 granules. Prix : 6 francs. *Envoi franco.*

Pharmacie GELIN, 38, rue Rochechouart, à Paris, et dans les principales pharmacies.

CAPSULES INDIENNES

A L'ESSENCE DE SANTAL PURE

Souveraines dans les affections de l'urèthre et de la vessie. Recommandées spécialement par tous les médecins.

Pharmacie CABANES, 23, rue Taitbout, à Paris.

Les médecins habitant des localités sans pharmacien trouveront chez M. Cabanès les



LIMOUSIN, PH^N, 2BIS RUE BLANCHE, PARIS



Médailles aux Expositions universelles

PARIS, HAVRE, LYON, VIENNE, BRUXELLES, PHILADELPHIE

CACHETS LIMOUSIN

PROCÉDÉ BREVETÉ S.G.D.G. RAPPORT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE 20 MAI 1873

Ces Cachets sont constitués par deux petites rondelles de pain azyme soudées ensemble et renfermant dans leur centre des poudres médicamenteuses.

Mode d'emploi. — Il suffit de mettre le Cachet dans une cuiller avec un peu d'eau, pour l'avaler dès qu'il est suffisamment humecté.

MÉDICAMENTS	Centigr.	Nombre de cachets	PRIX DE L'ÉTUI	MÉDICAMENTS	Centigr.	Nombre de cachets	PRIX DE L'ÉTUI	MÉDICAMENTS	Centigr.	Nombre de cachets	PRIX DE L'ÉTUI	MÉDICAMENTS	Centigr.	Nombre de cachets	PRIX DE L'ÉTUI
Rhubarbe.....	30	12	0 75	Bicarb. soude.	50	20	1 25	S.-N. Bismuth.	50	20	2 »	Aloès	10	20	1 25
—	30	20	1 25	Quinquina....	50	20	1 50	Fer réduit ...	10	50	2 »	Kousso	50	20	5 »
—	60	10	1 25	Ipécacuanha ..	50	10	2 »	Soufre lavé...	50	20	1 25	—	50	40	10 »
—	60	20	2 »	Poivre cubèbe.	100	20	1 50	Magnésie calc.	50	20	1 25	Pepsine......	50	20	3 »
Sulfate quinine	10	10	1 50	Valérian. Quin	10	10	3 »	Carbon. chaux	50	20	1 25	Phos. de chaux	50	20	1 25
— —	10	20	3 »	Podophylline..	02	40	2 »	Carbonate fer.	50	20	1 25	Valériane....	50	20	1 25
— —	20	10	3 »	Brom. potass..	50	20	2 »	Semen-contra.	50	20	1 25	Carb. de lithine	15	30	2 »
Charbon végét.	50	20	1 25	Tannin......	25	20	1 50	Scammonée...	50	10	2 50	Gentiane.....	50	20	1 25

CHLORAL PERLÉ LIMOUSIN

HYDRATE DE CHLORAL EN CAPSULES DRAGÉIFIÉES. Sous cette forme, pas de constriction à la gorge, pas de mauvais goût. Contrôle facile de la pureté du produit.—Dragées de 0,25 centigr. le flacon : 3 f.

SIROP DE CHLORAL DE LIMOUSIN (1 gr. d'hydr. de chloral par cuill.) 3 fr. la bouteille de 250 gr.

SULFOVINATE DE SOUDE, Purgatif nouveau sans amertume. — Le flacon de 30 gr. : 1 fr. 50.

INHALATEUR A OXYGÈNE

Asphyxie, Asthme, Chlorose, Diabète, Dyspepsie, Scrofules, Convalescences, etc.

APPAREIL
COMPLET
pour fabriquer soi-même
et respirer
LE GAZ OXYGÈNE.
Prix :
160 FRANCS.



INHALATEUR
DE
LIMOUSIN
brev s. g. d. g.
50 fr.
LOCATION POUR PARIS
5 fr. par semaine.
Gaz : 0,10 c. le litre.

APPAREIL SIMPLE
sans ballon
65 fr.
Avec Ballon en caoutchouc
DE 30 LITRES
95 fr.
1 dose de Sel, 1 f.25



ON NE
LOUE PAS
les
APPAREILS
pour la
PROVINCE



COMPTE-GOUTTES TITRÉ DE LIMOUSIN



Ce **Compte-gouttes** est indispensable pour le dosage de tous les médicaments actifs. Suivant les indications données par M. LEBAIGUE, dans son intéressant travail sur les gouttes, le tube de cet instrument a une section de 3 millimètres, et il donne des gouttes toujours égales du poids de 5 centigr. avec l'eau distillée.

Chaque instrument est accompagné d'un tableau indiquant le rapport du poids à la goutte pour les principaux médicaments.—Prix avec l'étui : 1 fr. 50 ; net pour pharm. 80 c.

Ce même **Compte-gouttes** gradué à 1 ou 2 centimètres cubes pour remplacer les burettes graduées. (Voir le travail du Dr DUHOMME, *Répertoire de Pharmacie 1874*

Troisième année. N° 51. 20 Décembre 1877.

PARIS MÉDICAL

Paris, 20 *Décembre* 1877.

— Les *Sociétés savantes* offrent cette semaine une bien maigre moisson aux praticiens. Nous devons signaler, à l'*Académie de médecine*, une importante communication de M. le Dr Cazin, de Boulogne-sur-Mer, qui a pratiqué, avec un plein succès, l'opération de la *gastrotomie* sur un sujet de 28 ans, atteint d'*occlusion intestinale*.

Ce distingué confrère insiste surtout sur les soins d'*extrême propreté* dont il faut entourer le malade pendant et après l'opération. Il recommande de suivre, dans leur minutieux détails, les préceptes de l'ovariotomie. De plus, il invite ses confrères à employer la *méthode antiseptique de Lister*, qui est non-seulement antiseptique, mais encore antiphlogistique. Enfin, sauf indications particulières, il laisse le malade, après l'opération, dans un *repos strict*, général et local, c'est-à-dire qu'il ne faut pas fatiguer l'intestin par des traitements perturbateurs tels que lavements et purgatifs.

— A l'*Académie des sciences*, M. H. Toussaint présente une note sur le *mécanisme de la mort consécutive à l'inoculation du charbon au lapin.*

Les expériences entreprises dans ces derniers temps ont démontré que la *bactéridie* est la cause du charbon. « La bactéridie provoque l'asphyxie en enlevant aux globules l'oxygène nécessaire à l'hématose » : telle est la conclusion des expériences de MM. Pasteur et Joubert. M. Toussaint

ayant fait d'autres expériences est arrivé à une autre conclusion :

D'après l'auteur, l'observation démontre que, chez le lapin, la mort, dans le cas de charbon, est le résultat de l'obstruction, par les bactéridies, des vaisseaux capillaires, notamment de ceux du poumon : *l'asphyxie a donc une cause mécanique.* Il y a en même temps perte partielle ou totale des propriétés des tissus, notamment des fonctions du système nerveux.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Traitement de l'épilepsie.

Les moyens qui ont été préconisés dans le traitement de l'épilepsie vraie, légitime, sont nombreux, mais quel que soit celui dont on a fait choix, il est un précepte que l'on ne *doit jamais* oublier, c'est qu'une fois commencé, le traitement *doit être* chronique, si je puis m'exprimer de la sorte, *c'est-à-dire* continué pendant des mois et des années. On peut, il est vrai, l'interrompre de temps en temps sans inconvénient, mais après une suspension de quinze jours, un mois au plus, on doit y revenir sous peine de perdre les avantages que l'on en a déjà recueillis.

Comme je viens de vous le dire, ces moyens sont nombreux : aussi ne vous parlerai-je que de ceux que l'on peut employer avec une certaine confiance, et surtout entre lesquels on peut choisir, alors que l'on a échoué avec l'un d'eux.

Parmi les substances médicamenteuses qui jouissent d'une incontestable efficacité, je vous citerai la belladone, que l'on employait d'une manière en quelque sorte banale, il y a vingt-cinq ans, et qui fut surtout préconisée par Bretonneau et le père Debreyne.

Trousseau a également vanté la propriété de cette substance contre l'épilepsie. Grâce à elle, en effet, des succès très-légitimes ont été obtenus, et pour ma part, j'ai, par devers moi, des cas de guérison qui remontent à une époque assez éloignée pour que je puisse les considérer comme parfaitement avérés.

Bretonneau, le père Debreyne et Trousseau employaient la belladone sous forme d'extrait ; ils la donnaient en pilules contenant chacune :

Extrait de belladone. . . 1 centigramme.
Extrait de digitale. . . . 1 —

Pour commencer, les malades prenaient pendant un mois une de ces pilules ; le second mois, ils en prenaient deux ; le troisième mois, trois, et ainsi de suite, augmentant d'une pilule chaque mois et en allant jusqu'à dix, douze, quelquefois quinze par jour, jusqu'à ce que certains effets physiologiques, notamment du côté des pupilles, de la gorge, des fonctions cérébrales, etc., indiquassent que le degré de tolérance de l'économie était dépassé. A ce moment alors, on suspendait l'usage de la belladone, pendant quinze jours, trois semaines, un mois, puis on recommençait à donner les pilules, commençant, comme précédemment, par une, et augmentant la dose avec chaque mois.

Enfin, quand le défaut de tolérance était complet, ou bien quand les accès d'épilepsie ne se montraient plus qu'à des intervalles suffisamment éloignés ou quand ils avaient complètement disparu, on diminuait graduellement la dose, en ayant soin toujours de suspendre de temps en temps, pour le reprendre quelques jours plus tard, l'usage du médicament. Pour ma part, ainsi que je vous l'ai déjà dit, j'ai employé cette méthode, et dans deux cas, j'en ai tiré les résultats les plus complets.

A côté de la belladone, je vous citerai la jusquiame, la valériane, qui donnent aussi dans quelques cas de bons résultats, mais qui, néanmoins, n'ont pas la valeur du médicament précédent.

L'atropine, au contraire, un médicament excellent, que Trousseau avait l'habitude de substituer à la belladone, quand celle-ci ne donnait pas les effets qu'il en attendait.

On la donne en solution contenant :

Sulfate d'atropine. . . . . 5 centigrammes.
Alcool . . . . 5 grammes.

Chaque goutte de cette solution contient un demi-milligramme d'atropine. Le mode d'administration est le même que celui de la belladone. On en donne une, deux, trois gouttes dans un verre d'eau, suivant le nombre de mois écoulés, et l'on augmente la dose graduellement jusqu'à dix gouttes.

Mais je crois qu'il faut se méfier de ces substances actives, que l'on donne à doses très-fractionnées. Il peut, en effet, y avoir quelque erreur dans leur dosage : telle goutte ne contiendra, par exemple, pas ou peu de principe actif, tandis que telle autre en renfermera plus qu'elle ne doit en contenir. Dès lors, l'administration du médicament n'est plus régulière, et il peut en résulter des accidents toxiques que l'on doit toujours éviter.

Aussi convient-il, toutes les fois qu'on le peut, de préférer la substance elle-même à son dérivé, la belladone à l'atropine.

Un médicament qui a eu également un grand succès, il y a quelques années, c'est l'oxide de zinc à dose croissante de 10 centigrammes à 1, 2, 3 grammes par jour. Il a réussi surtout entre les mains d'Herpin (de Genève), qui, dans son ouvrage, cite un grand nombre d'individus guéris par ce moyen. L'oxyde de zinc a sur les substances que nous venons d'énumérer l'avantage de donner rarement lieu à des phénomènes cérébraux et de provoquer seulement quelques vomissements quand l'économie est arrivée à un degré de saturation suffisant. C'est donc un médicament qui peut être administré pendant longtemps et sans inconvénient.

J'arrive maintenant au nitrate d'argent, qui, il y a trente ans, était considéré comme le médicament par excellence contre l'épilepsie. Il a été conseillé surtout par les médecins de Genève, Herpin, Odier, Delarive, etc. Il est certain, en effet, qu'on lui doit des guérisons parfaitement authentiques. Quand j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu sous mes yeux, pendant deux ans, un garçon de bureau qui, traité par Biett, au moyen du nitrate d'argent à l'intérieur, avait complétement guéri.

Le nitrate d'argent s'emploie d'abord à la dose de 2 centigrammes, qu'on élève ensuite, graduellement, jusqu'à 15, 20 centigrammes. Delarive allait même jusqu'à 30 centigrammes par jour. Mais ce médicament a un inconvénient très-grand, qui fait que les malades le repoussent presque toujours. C'est que les individus qui en font usage deviennent, au bout de quelque temps, tout à fait noirs : la peau, les conjonctives, les muqueuses, prennent à la longue une coloration ardoisée, brunâtre, toute spéciale, dont les malades ont la plus grande peine à se débarrasser.

Après le nitrate d'argent, je vous parlerai encore, comme ayant une certaine efficacité contre l'épilepsie, du sélin des marais, dont les tiges, les racines, réduites en poudres très-fines, se donnent à la dose de 2 à 15 grammes par jour. D'après certains médecins, on obtiendrait de l'administration de cette plante des succès incontestables. Quant à moi, je ne l'ai jamais expérimenté ! Il entre dans la composition d'un bon nombre de ces remèdes secrets qu'on vante, quelquefois non sans raison, dans le traitement de l'épilepsie.

L'armoise également a été conseillée contre cette névrose, mais elle est peu employée.

Il n'en est pas de même du galium, qui, dans le midi de la France, jouit d'une certaine réputation. Dans une petite ville du département de la Drôme, à Tain, on obtient, suivant les gens

du pays, des succès non douteux d'un médicament secret dont la base principale est un dérivé du galium.

J'arrive maintenant au bromure de potassium, qui, comme vous le savez, est à peu près le seul médicament que l'on conseille aujourd'hui contre l'épilepsie.

Il doit être employé, comme les précédents d'ailleurs, à des doses croissantes de 2, 3, 4, 6 et même 8 grammes por jour ; de plus, son usage doit être continué pendant longtemps, deux ou trois ans. Si l'épilepsie n'est pas très-ancienne, si les accès ne sont pas très-fréquents, on peut, par ce moyen, espérer obtenir un jour la guérison : j'en possède, pour ma part, plusieurs cas parfaitement légitimes.

Mais ce médicament n'est pas sans avoir quelques inconvénients. C'est d'abord de provoquer un certain degré de paresse des facultés intellectuelles, et notamment un peu de diminution de la mémoire ; c'est, ensuite, de faire naître fréquemment, du côté de la peau, des accidents plus ou moins fâcheux. Sous ce rapport, il m'est arrivé plusieurs fois d'être appelé à donner mes soins à des individus qui, depuis longtemps, souffraient d'eczémas rebelles, développés sous l'influence du bromure de potassium et ne disparaissant qu'après la suspension de ce médicament. Ses éruptions sont tellement persistantes que, par le seul caractère de la maladie, j'ai été quelquefois amené chez des enfants à affirmer, malgré les dénégations des parents, qu'ils étaient épileptiques et qu'ils faisaient usage du bromure de potassium ; presque toujours, j'ai obtenu l'aveu de cette infirmité.

Tels sont, en quelques mots, les principaux moyens à l'aide desquels on peut combattre, avec quelque chance de succès, cette maladie si grave, l'épilepsie vraie, l'épilepsie légitime.

De la thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë, par M. le Dr Dieulafoy, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

La thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë est une opération insignifiante et absolument inoffensive ; elle doit être pratiquée avec l'aiguille n° 2 et la quantité de liquide retiré en une séance ne doit jamais dépasser un millier de grammes.

Les accidents dont elle a été accusée sont de nature différente et peuvent être réunis en trois catégories :

Les accidents de la troisième catégorie, les soi-disant transformations d'un liquide séreux en liquide purulent, ne sont pas imputables à la thoracentèse, car je crois avoir démontré qu'il

s'agit là de l'*évolution naturelle* de pleurésies purulentes légitimes, et nullement d'une transformation provoquée de leur liquide.

Les accidents de la deuxième catégorie, syncope, asphyxie, hémiplégie, dus à des caillots autochtones ou migrateurs du cœur et des vaisseaux pulmonaires, ou survenus sous l'influence d'autres causes (gangrène pleuro-pulmonaire, état général du sujet), ne doivent pas être mis sur le compte de la thoracentèse, puisqu'on les observe dans le cours de la pleurésie *avant comme après* la thoracentèse, et puisqu'ils surviennent du fait même de la pleurésie et non pas du fait de l'opération.

Les accidents de la première catégorie, œdème aigu du poumon, congestion pulmonaire avec ou sans expectoration albumineuse, sont les seuls accidents directement et véritablement imputables à la thoracentèse; mais ceux-là précisément il est facile de les éviter et de les prévenir,. En réunissant tous les accidents de ce genre, j'ai vu qu'ils sont toujours associés ou à l'issue immédiate d'une grande quantité de liquide, ou à des pleurésies compliquées : d'où le précepte de limiter la quantité du liquide extrait en une séance et de la proportionner aux complications de la pleurésie.

Le manuel opératoire étant fixe et invariable, il n'y a de variable que les indications de la thoracentèse, et ces indications se résument en deux mots : la thoracentèse est *urgente* ou *elle est discutable*. L'urgence ne peut et ne doit être basée que sur l'évaluation de la quantité du liquide épanché; dans tous les autres cas la thoracentèse est discutable : elle est soumise à l'appréciation de celui qui en suit la marche et la nature, appréciation pour ainsi dire variable avec chaque nouveau cas, car peu de maladies ont des allures aussi irrégulières et aussi indécises que la pleurésie aiguë.

Manuel opératoire. — Jusqu'en 1869, un seul procédé était en usage : c'est celui que Trousseau nous a légué. Trousseau pratiquait la ponction dans le sixième ou septième espace intercostal en comptant de haut en bas, à 4 ou 5 centimètres environ du bord externe du muscle grand pectoral, c'est-à-dire dans la région axillaire. Il faisait d'abord une petite incision à la peau, afin de frayer la route au trocart, puis, par un coup sec, il pénétrait dans la poitrine au moyen du trocart de Reybard. Le pavillon de ce trocart était armé d'une baudruche qui, par son rôle de soupape, s'opposait à l'entrée de l'air dans la poitrine au moment de l'inspiration. Le liquide pleural s'échappait de la poitrine d'abord par saccades, puis en bavant, et au cours de l'opération le malade était généralement pris d'une toux quinteuse, pénible, parfois « violente, invincible, très-douloureuse », que Trousseau considérait comme utile pour favoriser l'issue du li-

quide au dehors, et qui chez certains malades se prolongeait durant une partie de la journée. Ajoutons qu'il n'était pas rare que vers la fin de l'opération le liquide fût coloré en rouge par son mélange avec le sang. Ainsi faite, la thoracentèse de la poitrine, sans être une opération bien difficile ni bien douloureuse, demandait néanmoins quelque habilité de la part du chirurgien et quelque résignation de la part du malade; aussi était-elle réservée pour les cas urgents et pratiquée par un nombre relativement restreint de médecins.

En 1869, lorsque j'appliquai le méthode d'*aspiration* au traitement des liquides morbides, les épanchements de la plèvre furent des premiers à en bénéficier; la douleur fut supprimée, le trocart, la baudruche et l'incision préalable furent remplacés par une piqûre d'aiguille si insignifiante que, l'opération terminée, il ne restait pour ainsi dire pas trace de son passage sur la peau, et le liquide, au lieu d'être projeté par saccades au milieu de quintes de toux fort pénibles, passait presque à l'insu du malade de la cavité thoracique dans un récipient où le vide avait été fait. Ainsi simplifiée, la thoracentèse était mise à la portée du praticien le moins hardi et le moins expérimenté; elle devenait le plus facile et la plus bénigne de toutes les opérations, et dans mon service il n'est pas d'élève, si peu avancé qu'il soit dans ses études médicales, à qui je ne le fasse pratiquer.

Mais, qu'on y prenne garde, l'extrême simplicité du manuel opératoire n'exclut pas certaines règles desquelles on ne doit pas s'écarter, et c'est peut-être pour ne les avoir pas suffisamment suivies qu'on a quelquefois été témoin d'accidents qu'on aurait pu éviter. Comment donc et d'après quels principes faut-il pratiquer l'*aspiration* chez un malade atteint de pleurésie?

Le malade est assis sur son lit, les deux bras croisés sur sa poitrine, ou mieux étendus en avant. L'opérateur commence d'abord par fixer sur la peau, au moyen d'encre ou d'un crayon, le point sur lequel doit porter la piqûre, et je conseille de prendre comme lieu d'élcction le huitième espace intercostal, au niveau du prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate. Ce lieu d'élection est, on le voit, placé plus bas et plus en arrière que dans l'ancien procédé; j'y trouve l'avantage de pouvoir attaquer le liquide dans une position beaucoup plus déclive et sans jamais courir la chance de rencontrer le poumon, qui surnage bien au-dessus de ce niveau.

La thoracentèse doit être faite avec l'aiguille n° 2, et non pas avec une aiguille ou un trocart d'un diamètre supérieur; on commence par s'assurer de sa perméabilité en faisant passer un fil d'argent ou un jet d'eau; l'aiguille, nettoyée et huilée, est mise en communication avec l'aspirateur au moyen d'un tube de

caoutchouc, le vide préalable est fait dans l'aspirateur et l'opérateur fait la ponction. Pour cela, il a soin de placer l'extrémité de l'index de la main gauche dans l'espace intercostal, de manière à limiter la côte de dessus avec le rebord supérieur de l'index, et la côte de dessous avec son rebord inférieur; se servant alors de l'ongle ou de l'extrémité de l'index comme conducteur, et tenant l'aiguille aspiratrice de la main droite comme une plume à écrire, il pénètre à coup sûr et d'emblée dans l'espace intercostal et dans la plèvre. C'est donc à l'index gauche qu'est dévolue la partie la plus délicate de l'opération, puisque c'est lui qui limite l'espace intercostal et qui sert de conducteur à l'aiguille. Aussitôt introduite, l'aiguille est poussée jusqu'à 2 ou 3 centimètres de profondeur, le robinet correspondant de l'aspirateur est ouvert et le liquide jaillit aussitôt dans l'appareil. Si le liquide n'arrive pas, c'est que l'aiguille n'est pas suffisamment enfoncée, et l'on sait, grâce au *vide préalable*, à quel moment précis elle rencontre le liquide. Au moment même de la ponction aiguille doit être poussée perpendiculairement à la paroi thoracique, mais à mesure qu'on l'enfonce il est bon d'incliner sa pointe en haut et en dehors : en haut, à cause de la saillie que forme dans la cavité thoracique la convexité du diaphragme; en dehors, parce que le poumon est réfoulé en dedans. Aussitôt l'aspirateur rempli, on déverse le liquide en fermant et en ouvrant les robinets correspondants, et ce petit temps d'arrêt dans l'aspiration du liquide est un bienfait pour le poumon, qui peut s'arrêter un instant dans son mouvement d'expansion, et qui n'est pas sollicité à se déplisser trop rapidement; on recommence cette manœuvre huit, dix fois, suivant la capacité de l'aspirateur, et après avoir ainsi retiré 1 litre de liquide, ce qui est facile à savoir, l'aspirateur étant gradué, on arrête l'écoulement. L'opération terminée et l'aiguille retirée, il n'est besoin d'aucun pansement, pas même d'un morceau de diachylum.

Au moyen de l'*aspirateur à crémaillère*, que j'emploie toujours, et qui contient 140 grammes, on retire sans se presser 1 litre de liquide en douze minutes; le malade ne doit avoir ni la plus petite quinte de toux, ni le moindre douleur intérieure, ni le plus léger malaise. Si la pleurésie est compliquée, si l'on constate en même temps des lésions cardiaques, si l'on suppose qu'il existe des adhérences pleurales anciennes ou nombreuses, si surtout le malade accuse pendant l'opération une sensation de déchirement ou de douleur à l'intérieur de la poitrine, il est préférable de suspendre l'écoulement, n'eût-on retiré que 500 ou 600 grammes. Mais ces précautions, qu'on a du reste jamais tort d'exagérer, constituent la grande exception dans la thoracentèse telle que je viens de la décrire.

DIVERS

Traitement du bubon. — L'épiderme qui recouvre la tumeur ayant été enlevée à l'aide d'un liquide vésicant, dans l'étendue d'un schilling, appliquez sur la surface dénudée un tampon de charpie trempée dans une solution saturée de perchlorure de mercure, puis un cataplasme de farine de lin sur le tout, et laissez en place pendant vingt-quatre heures.

On trouve alors une eschare grisâtre; plus cette eschare est dure, plus le succès est certain et rapide. On continue les cataplasmes pendant deux ou trois jours, et il ne reste qu'une plaie nette, granuleuse, qui guérit à l'aide d'un pansement simple; quant au bubon, il disparaît pendant ce temps.

Douze cas de bubon inguinal, dont dix étaient accompagnés de chancres mous du pénis, ont été ainsi traités avec les meilleurs résultats. A part une douleur aiguë, mais de peu de durée, qui suit immédiatement l'application de la solution mercurielle, on n'a observé aucun accident. Dr Conway.

Cancer du pylore chez un enfant de cinq semaines. — Le *British medical journal*, août 1877, cite cette observation du Dr Cullingworth :

Un enfant du sexe masculin, pendant les neuf jours qui suivirent sa naissance, offrait toutes les apparences d'une bonne santé. Le dixième jour, il commença à présenter des vomissements qui revenaient d'une demi-heure à une heure après les repas. Il n'y avait pas de fièvre; la langue était nette; les selles étaient rares, noirâtres, mais sans odeur. On pensa à une occlusion occupant un point élevé du tube digestif; mais il n'était pas facile de se rendre compte de sa véritable nature. Les vomissements devinrent de plus en plus opiniâtres, et la constipation de plus en plus marquée. L'amaigrissement augmentait de jour en jour. Le ventre, qui longtemps était resté souple, se ballonna. A partir de ce moment, les vomissements devinrent plus rares, mais plus copieux. La mort survint vingt-neuf jours après la première apparition des phénomènes morbides. Des convulsions se déclarèrent dans les vingt-six dernières heures.

A l'autopsie on trouva un épaississement des parois de l'estomac marqué surtout dans sa portion pylorique. Le pylore était complètement obturé par une petite tumeur ramollie et ulcérée, qui s'implantait sur son bord. L'examen histologique pratiqué par le Dr Dreschfeld, révéla qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques, accompagné d'une hypertrophie énorme de la tunique musculeuse de l'estomac.

Étude des taches de sperme. — Dans une des dernières séances de la Société de médecine légale, M. le Dr Longuet a fait connaître un moyen de colorer d'une façon certaine les spermatozoïdes. — Ce moyen consiste à traiter la tache de sperme par le carmin ammoniacal. Voici comment procède M. Longuet :

1° Prendre un petit carré de l'étoffe qu'on suppose tachée de sperme, le plus près possible du centre de la tache;

2° Plonger ce petit carré d'étoffe dans une petite quantité d'eau distillée colorée par quelques gouttes (5 à 6 pour 5 grammes d'eau) d'une solution ammoniacale de carmin;

3° Laisser macérer pendant 36 à 48 heures et même plus, car il n'en résulte aucun inconvénient;

4° Dissocier l'étoffe avec de grands ménagements, en l'effilant brin par brin;

5° Dissocier chacun de ces brins un à un et séparément;

6° Examiner séparément aussi au microscope, avec un grossissement de 590 diamètres, chaque brindille dissociée dans une goutte de glycérine ordinaire.

Dans une préparation faite selon les règles, on verra autour des fibrilles végétales non colorées et parfaitement réfringentes, des grappes de spermatozoïdes, la plupart incomplets, dont la tête sera colorée en rouge vif, tandis que la queue ne sera pas teinte.

L'avantage de ce procédé consiste surtout en ceci, qu'il donne des résultats d'autant plus nets que la tache est plus ancienne, c'est-à-dire dans les circonstances les plus mauvaises; car rien n'est facile comme d'isoler et de reconnaître les spermatozoïdes, quand la tache est récente.

Splénotomie; mort. — *The Lancet*, du 1er septembre 1877, cite le cas d'un jeune homme de 20 ans, qui portait une rate hypertrophiée du poids de 18 livre 1/2. Le Dr Browne a extirpé la rate; l'opération a été des plus simples et on a fait quatre ligatures. Le malade mourut cinq heures après l'opération. Nous supposons que le chirurgien n'a pas eu recours à toutes les précautions recommandés par M. Péan pour cette opération si grave et pour laquelle il compte tant de succès.

Une opération analogue a été pratiquée à Vienne, en 1877, par M. le professeur Billroth. La rate pesait 2,975 grammes. Il y avait un nombre considérable de globules blancs dans le sang. Le malade mourut quelques heures après d'hémorrhagie, ainsi que nous l'apprend le *Wiener med. Wochenschrift*, n° 5.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du système nerveux. Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le Dr Grasset, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. in-8° de 640 pages, avec 29 figures dans le texte. Paris, chez Delahaye, et Montpellier, chez Carlet, éditeur. Prix : 10 fr.

Ce volume est la reproduction d'un cours fait à la Faculté de médecine de Montpellier par M. Grasset. L'auteur dit lui-même qu'il n'a pas d'autre prétention que d'exposer simplement et clairement l'état actuel de nos connaissances sur les Maladies du système nerveux. Au style, on reconnaît que l'auteur appartient à l'Ecole de Montpellier. En bon élève, M. Grasset défend les principes qu'il a reçu de ses maîtres et on doit l'en féliciter.

Relativement à l'ouvrage lui-même, nous dirons avec une entière impartialité que le plan nous paraît bien conçu et l'exécution très-fidèle. M. Grasset traite de toutes les maladies du système nerveux et principalement de celles qui ont été l'objet de travaux récents : ataxie locomotrice progressive; paralysie labio-glosso-laryngée; myélites; sclérose de la moelle, etc., etc. Les descriptions sont faites avec méthode et clarté, le lecteur lira le livre avec plaisir et en même temps avec fruit. C'est une grande monographie qui manquait aux malades du système nerveux, après les importantes découvertes qui ont été faites dans ces dernières années sur la physiologie du système nerveux. Nous pensons que les *Maladies du système nerveux* seront appréciées comme elles le méritent et qu'elles auront un véritable succès.

Nous sommes heureux d'avoir exprimé sur l'ouvrage de M. Grasset une opinion conforme à celle de M. le professeur Chauffard qui disait en présentant le volume à l'Académie de médecine « Cet ouvrage est un remarquable et lucide exposé de l'état de la science sur la pathologie du système nerveux. M. Grasset a su mettre à profit les plus récentes recherches, et son livre est certainement destiné à rendre de réels services dans l'enseignement de nos écoles. » F.

Erratum.

Dans notre article sur la médication salicylée (voir n° 47. — 22 nov. 1877) il s'est glissé une faute d'impression relevée par le *Lyon médical* qui avait reproduit notre article. Comme le dit l'auteur anonyme de cette note « *tout lecteur attentif aura saisi et rectifié cette erreur.* » Dans la formule relative au traitement de la goutte aiguë, au lieu de 8 gr. pour 300 gr. d'eau, il faut lire 30 gr. de salicylate de soude pour 300 gr. d'eau, chaque cuillerée représentant une dose quotidienne de 8 à 10 gr. On aura d'autant mieux rectifié cette erreur que d'une part nous avons fait ressortir nettement que le salicylate de soude n'avait pour ainsi dire *aucune action au dessous de* 5 *gr.* et que d'autre part nous disions que les doses dans la goutte étaient les mêmes que dans le rhumatisme articulaire aigu. — Quant à conseiller aux praticiens, comme le veut l'auteur de la note du *Lyon médical*, de renoncer au dosage par cuillerées et de prescrire chaque jour la dose de salicylate à prendre, nous ne pouvons le faire sans restriction. Ou bien il faut prescrire une solution et alors doser par cuillerées, que ce soit pour un jour ou deux, ou bien il faut prescrire le salicylate de soude dans les Cachets Limousins ce que nous avons d'abord conseillé et ce que le *Lyon médical* ne dit pas.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Faculté de médecine. — Le registre pour les inscriptions du premier trimestre de 1878 sera ouvert le lundi 7 janvier; il sera clos le jeudi 25 janvier à 4 heures. — Les inscriptions seront reçues les lundi, mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin et de une heure à quatre heures de l'après-midi.

Premier examen de doctorat. — On ne recevra plus de consignations pour cet examen après le 30 mars.

Deuxième examen de doctorat. — On ne recevra plus de consignations pour cet examen après le 30 avril.

Concours pour la place de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris. — Ce concours commencera le 1er avril 1878. Tous les docteurs en médecine peuvent concourir. Le registre sera clos le 31 mars.

Epreuves. 1° Préparation extemporanée sur un sujet anatomique, dont le choix sera déterminé par le sort; 2° Deux leçons,

l'une sur l'anatomie descriptive, l'autre sur un sujet d'anatomie pathologique; les deux sujets tirés au sort; 3° Opération chirurgicale, dont l'objet sera déterminé par le sort et qui sera pratiquée sur le cadavre; 4° Présentation d'une série de préparations anatomiques sèches, effectuées conformément à l'indication du jury et dans le délai par lui déterminé.

Deux candidats seulement, paraît-il, sont inscrits jusqu'à ce jour, pour ce concours, MM. B. Anger et Farabeuf. Trois mois nous séparent encore de la clôture du registre, il peut encore surgir d'autres concurrents.

Hôpital Ménilmontant. — MM. les docteurs Hayem, médecin de la direction des nourrices, Rigal, Audhouy, Dugué, Gérin-Roze et d'Heilly, médecins du bureau central, sont nommés médecins du nouvel hôpital de Ménilmontant, dont l'ouverture va avoir lieu incessamment.

Cours d'anatomie et dissection. — M. Fort commencera le 14 janvier la 2e partie de son cours, comprenant le cou et la tête. On s'inscrit chez M. Fort, 21, rue Jacob, pour le cours et pour les dissections.

Les budgets des bureaux de bienfaisance de Paris. — Grâce à la sollicitude du conseil de surveillance de l'Assistance publique, secondée par les votes récents du Conseil municipal, les bureaux de bienfaisance de Paris vont recevoir, en 1878, un supplément d'allocation de 206,500 fr., qui permettra d'introduire, dans la distribution des secours, des améliorations réclamées depuis longtemps.

Mort de Pongo. — Pongo, le jeune gorille appartenant à l'aquarium de Berlin, est mort presque subitement le 13 novembre dernier. Il avait été payé 25,000 fr. il n'y a pas encore 2 ans.

Demandes de médecins. — On demande un médecin à Saint-Genest-Malifaux (Loire), à 11 kilomètres de la ville de Saint-Etienne — Le médecin cantonal recevra une subvention de 1,800 fr. et de 600 francs pour le service des indigents (ce qui joint aux autres honoraires, permet de réaliser de 6 à 7,000 fr. par an). Pour d'autres renseignements, s'adresser à M. Veylan, juge de paix à Saint-Genest-Malifaux (Loire).

Concours de l'externat. — 10e question de pathologie et de petite chirurgie : *signes et diagnostic de la fièvre typhoïde*; 11e *appareils inamovibles*; 12e *cautère.*

Ce concours vient de se terminer: voici le classement des candidats tel qu'il a été adopté par le jury : (Nous sommes heureux de constater que la première place est occupée par le petit-fils du professeur Trousseau. Qu'il en reçoive nos félicitations!)

1. Trousseau. Lévy (Albert), Babinsky, Ricard. Lebreton. Guinard. Laurand. Gaucher. Ozenne. Liandier. Dutertre. Richar-

dière. Chapu. Guelliot. Chéron. Artaud. Châtellier. Figueroa. Binet. Chenantais. Feulard. Bastard. Brazier. Carafi. Laurent (Georges). Luizy-Lathil. Baron (Arthur). Cahier. David. Mercier (Julien). Millet (Joseph). Marey. Butruille. Thomas (Pierre). Astier. Olivier (Adolphe). Simon (Olivier). Malécot. Wickham (Edm.). Lhuillier. Lacaille. Heultz. Barbulée. Catuffe. Laurent. Hannequin. Ménard. Cayla. Farcy.

51. Rousseau (Gabriel). Dhomont. Gallois. Gomot. Grosclaude. Masson. Meunier (Léon). Brulard. De la Varenne. Mercier (Gabriel). Oudiné. Bignon. Jousset. Vinache. Millet (Pierre). Rowlat. Soyer. Malibran. Basset. Ferrier. Henneton. Frémont. Balézi. Carrette. De Langenhagen. De la Personne. Uribe. Buquet. Fournier (Henri). Janin. Michelena. Brossard. Cadet. Chayé. Duroselle. Meunier (Jules-Marie). Saury. Guitter. Lévesque. Massot. Rousseau (Théodore). Fibich. Jagot. Leviste. Hache. Calmeau. Poussié. Bernard (Antoine). Josan. Hérédia.

101. Angulo. Audiguier. Dautel. Finot. Sauce. Vallon. Champeil. Chassaing. Gautiez (Adrien). Poupon. Réant. Valentini. Fleyssac. Lejard. Chabrier. Turquet. Ladroitte. Thomas (René). Haranger. Suchard. Leclère. Boureau. Jorry. Ramella. Restrepo. Roussel. Bailly. Bergeron. Lesur. Maubertier. Narich. Pennel. Sédillot. Tremblay. Vidal Solarez. Diaz. Crosnier de Varigny. Livet. Lévy Frankel. Boucheron. Buffet Delmas. Liébaut. Cornillau. Jaclot. Sauvier. Barral. Bollot. Callias. Chaumanet. Colin (Emile).

151. Moineau. Morand. Noguès. Pillot. Richard. Rogier. Compte. Coulon. Maison. Reverchon. Sentex. Fèvre. Bertier. Lopez. Luce. Reuet. Abelanet. Denieau. Fleury. Sanglé. Ferrière. Vazeille. Pautry. Ribetou. Turgis. Paris. Peltié. Marcigney. Imbert. Bonnaire. Veillard. Bernheim. Ferrand (Max), Wickham (Henri). Aron. Béquin. Bouchet. Durand (Félix). Comte Lagauterie. Lannoix. Weisgerber. Corneau. Rattel. Auger. Raynaud. Sauvage. Jouin. Cochot. Leroux. Lemoine. Deschamp.

201. Ollivier (Jean). Duchemin. Privé. Baron (Léon). Bottey. Clozier. Gulat. Henri. Amiot. Jaurand. Rogron. Vandenabel. Artéaga. Luquet. Dhourdin. Puistienne. Boïni. Buret. Gargame. Lafage. Descourtis. Davet. Proust. Conil. Ranguedat. Trichet. Clément. Queudot. Chevassus. Dallidet. Morel. Chipiez. Paskowsky. Ledé. Ott. Lemonnier. Lacroix. Contancin. Nicolas. Ricard (André). Callais. Fontagny. Bourgeau. Mignard. Pujol. Renouard. Hublé. Forot. Métaxas. Jobim.

251. Saissinel. Ducasse. Soquet. Mossmann.

— A prendre de suite et gratuitement une bonne clientèle dans un chef-lieu de Seine-et-Marne, à 20 lieues de Paris. Produit de la dernière année 8,500 francs ; certitude d'augmenta-

tion. S'adresser pour les renseignements à M. Bégué, rue de Rocroy, 21, à Paris, le soir de 5 heures à 7 heures.

Concours des prix de l'internat. — Médaille d'or, M. Cuffer; — Médaille d'argent, M. Oulmont; — 1re mention, M. Bouveret; — 2e mention, M. Kirmisson. — Questions orales: *Mécanisme et symptômes de l'étranglement herniaire; — De la variole hémorrhagique.*

Nous avons fait connaître dans le n° 49 de *Paris médical* les noms des lauréats pour la médaille d'argent.

Au commencement de ces concours, nous avons également publié les questions écrites. Celle du concours de la médaille d'or était: *Glandes de la muqueuse gastrique, valeur séméiologique de l'hématémèse*; celle de la médaille d'argent était: *Anatomie du lobule pulmonaire emphysème.*

Concours de l'internat. — 4e question orale: *Structure de la peau, Erysipèle de la face*; — 5e *Ligaments larges, Hématocèle rétro-utérine*; — 6e *Rapports du rectum chez l'homme, Causes, signes et diagnostic des hémorrhoïdes*; — 7° *Muqueuse uréthrale chez l'homme, Oreillons*; — 8° *Périoste, nécrose des os longs.*

La patente du médecin. — Plusieurs journaux se sont récriés contre la double patente de certains médecins. Selon nous, il est fort juste qu'un médecin qui exerce l'hiver à Paris, et l'été aux Eaux thermales, paye deux patentes. S'il n'exerce que dans une seule ville, il n'aura qu'à déclarer dans l'autre qu'il n'exerce pas et il ne payera pas patente. De même qu'un médecin qui n'exerce pas ne paye aucune espèce de patente; il est assimilé à un simple particulier. Il y a à Paris des médecins n'exerçant pas et ne payant aucune patente; nous en connaissons.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 13 décembre 1877, on a constaté 946 décès, dont 680 à domicile et 266 dans les hôpitaux. Il ne règne pas, en ce moment, d'épidémie à Paris, sur le chiffre de mortalité que nous indiquons, il y a 58 cas de croup ou d'angines couenneuses, nombre assez considérable, 38 cas de bronchites et 66 de pneumonie.

Le Propriétaire-Gérant: Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

Troisième année. N° 52. 27 Décembre 1877.

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE : — I. PREMIER-PARIS. Sociétés savantes. — II. BIBLIOGRAPHIE. — La vie végétale, par Henry Emery, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Dijon. — III. INFORMATIONS. NOUVELLES.

Paris, 27 *Décembre* 1877.

Les Sociétés savantes renouvellent ordinairement leur bureau à la fin de l'année, aussi les séances sont-elles généralement pauvres en communications et en discussions. Il n'en sera certainement pas de même au commencement de l'année 1878. — A l'*Académie de médecine*, M. Baillarger, l'éminent aliéniste, prend la présidence. M. le professeur Richet a été nommé vice-président par 72 voix sur 75 votants. M. Béclard conserve ses fonctions de secrétaire général et M. Roger celles de secrétaire annuel. MM. Blot et de Mussy sont élus membres du conseil.

L'académie a procédé à l'élection d'un membre dans la section de pathologie externe. M. Panas est élu par 57 voix contre 12 données à M. Desormeaux, 3 à M. Després et une à M. Guyon. Les travaux de M. Panas et la haute position que ce savant chirurgien occupe à Paris le désignaient depuis longtemps aux suffrages des Académiciens.

— La Société de chirurgie a nommé pour l'année 1878 : Président, M. Guyon; vice-président, M. Tarnier; secrétaires annuels, M. Horteloup et Lannelongue; trésorier, M. Nicaise; archiviste, M. Terrier.

Voir à la page 810 *ce qui concerne l'abonnement*.

BIBLIOGRAPHIE

La vie végétale. Histoire des plantes à l'usage des gens du monde, par Henry EMERY, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Dijon. Ouvrage illustré de 420 gravures sur bois et de 10 planches en chromolithographie. Librairie Hachette et Cie.

Parmi tant de beaux livres que chaque année nouvelle voit naître et que la maison Hachette livre au public, œuvres de nos

grands écrivains, de vulgarisation scientifique, voyages, il en est qui présentent pour nous un intérêt de premier ordre : ce sont ceux qui touchent à l'étude des phénomènes de la vie, soit dans le règne animal, soit dans le règne végétal. C'est à ce titre que nous analysons aujourd'hui et que nous recommandons à nos lecteurs la *vie végétale*, due à la plume de M. Henry Emery, professeur à la Faculté des sciences de Dijon.

Dans cet examen, il est un point que nous pourrions négliger, eu égard aux noms des éditeurs et à la réputation qu'ils se sont si justement acquise; nous voulons parler de l'exécution matérielle qui est irréprochable. De nombreuses gravures sur bois intercalées dans le texte, presque à chaque pas, des chromolithographies qui réalisent ce que nous avons vu de plus parfait en ce genre, jusqu'à ce jour, suffiraient à elles seules à assurer le succès de ce livre.

Quant à l'œuvre elle-même, nous voulons y insister un peu plus. Dans ces sortes d'ouvrages de vulgarisation scientifique, la *vie végétale* a, comme sous titre, histoire des plantes à (*usage des gens du monde*), trop souvent la science cherche à se plier et toujours sans succès et sans profit à l'intelligence jugée peu développée des gens du monde, sous le rapport scientifique. Or ici, l'auteur a su se montrer savant, très-savant même, tout en restant à la portée de tous. Aussi, puisque nous nous adressons surtout à des médecins, pouvons nous les assurer que l'ouvrage de M. Emery est non-seulement un des plus beaux cadeaux que l'on puisse faire à de jeunes gens, mais encore que sa lecture ne sera pour eux ni sans intérêt, ni sans profit.

Faire connaître et estimer la botanique, tel est le but de la *vie végétale*, livre qui réunit, dit son auteur lui-même. sous une forme simple et concise, dans un cadre restreint, les notions premières sur l'organisation et la vie des végétaux, qui applique ces données à l'interprétation des lois de la géographie des plantes, discute les problèmes de l'acclimatation et de la naturalisation, démontre l'inanité du premier, prouve la fécondité du second en racontant l'histoire des principaux triomphes de la naturalisation, celle du caféier et des plantes à épices au siècle dernier, celle des arbres à quinquina à notre époque, asseoit, enfin, sur des bases rationnelles, les principes de la culture, et résume, en terminant, les discusions soulevées de notre temps à propos de la longévité végétale, des plantes irritables et des plantes carnivores.

Le travail de M. Emery soulève des problèmes d'une grande importance, qui intéressent le *biologiste*. Ce n'est pas par une discussion théorique et aride que l'auteur a montré le parti

qu'on pouvait retirer de sa méthode, c'est par l'examen des faits délicatement observés, sur la nature elle-même, dans une série de chapitres d'une lecture attachante, et qui rempliront certainement le but de l'ouvrage, faire estimer, nous dirons faire aimer la botanique. M. Emery passe successivement en revue la structure, l'organisation et la vie de la plante, c'est-à-dire son anatomie et sa physiologie; puis les mœurs et les *physionomies* végétales, et enfin la botanique appliquée. tandis qu'à chaque pas le crayon de l'artiste traduit par une exécution habile et fidèle ce que la plume de l'écrivain exprime toujours en un style clair, élégant et pittoresque. FORT.

INFORMATIONS. — NOUVELLES.

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la mort de M. Dolbeau et de la création de deux nouveaux services de chirurgie à l'hôpital de Ménilmontant, diverses permutations ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux.

M. Tillaux passe de l'hôpital Lariboisière à l'hôpital Beaujon. — M. Labbé, de la Pitié à Lariboisière. — M. Polaillon, de la Maternité à la Pitié. — M. Th. Anger, de Lourcine à Ménilmontant. — M. Périer, de la Salpêtrière à Ménilmontant. — M. Terrier, de Bicêtre à la Salpêtrière. — M. Nicaise, du Bureau central à Bicêtre. — M. Lucas-Championnière, du Bureau central à la Maternité. — M. Delens, du Bureau central à Lourcine.

Faculté de Médecine de Paris. — Les vacances de la Faculté à l'occasion du jour de l'an sont réglées de la manière suivante :

1° La Faculté sera fermée ainsi que l'Ecole pratique, la bibliothèque et les musées, les lundi 31 décembre, mardi 1er janvier, mercredi 2 janvier et jeudi 3 janvier.

2° Les vendredi et samedi, 4 et 5 janvier, l'Ecole sera ouverte; il n'y aura pas de cours, mais les examens auront lieu comme à l'ordinaire.

Concours de l'internat. — 9e question, *cornée, ophthalmie purulente*; 10e, *glandes de l'intestin grêle, symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde.*

Le concours s'est terminé le 22 par la nomination de 38 internes titulaires et de 47 internes provisoires dont nous donnerons les noms dans notre prochain numéro.

Mortalité à Paris. — Dans la semaine finissant le 20 décembre 1877, on a constaté 968 décès, dont 726 à domicile et 242 dans les hôpitaux.

TABLE DES MATIÈRES

(Année 1877)

FIN DE LA TABLE.

Le Propriétaire-Gérant : Dr FORT.

A. PARENT, Impr. de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 29-31.

